

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964.

THÈSE

N° 188

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jeanne ROGUET

née le 6 novembre 1930 à Sablé-sur-Sarthe (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

1964

MEDECINE DE GROUPE

ET

MONDE MODERNE.

Président :

M. Paul MILLIEZ,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jeanne ROGUET

née le 6 novembre 1930 à Sablé-sur-Sarthe (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

MEDECINE DE GROUPE

ET

MONDE MODERNE.

Président :

M. Paul MILLIEZ,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Cochin	ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	GORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broussais)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		GATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucieux	MILLIEZ (P.)
	Broussais	LENÈGRE (J.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (W.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.)	Orthopédie	JUDET (R.)
	COUINAUD (C.)		MEARY (R.)
	GILLOT (G.)		POSTEL (M.)
	OLIVIER (G.)		RAMADIER (J.)
	pr. s. ch.		
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	pr. s. ch.		PIALOUX (P.)
	ABELANET (R.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	GHOMETTE (G.)		LAPIERRE (J.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.		
Anesthésiologie	NEZELOFF (Ch.)		BARCAT (J.)
	ORCEL (L.)		BINET (J.-P.)
	PAILLAS (J.)		CERBONNET (G.)
	KERN (E.)		CHATELIN (C.-L.)
	VOURC'H (G.)		DUBOST (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)		DUBOST (Cl.)
	pr. s. ch.		FAUREL (J.)
	CHRISTOL (D.)		FLABEAU (F.)
	LE MINOR (L.)	Pathologie chirurgicale	GARBAY (M.)
	TOURNIER (P.)		GARNIER (H.)
	BAULIEU Et. m. conf.		(Cl. de) GAUDART d'ALLAINES
Biochimie médicale	BOURILLON (R.)		GERMAIN (A.)
	CARTIER (P.)		LATASTE (J.)
	DREYFUS (J.-Cl.)		LOYGUE (J.)
	GONNARD (P.)		MERCADIER (M.)
	KRUH (J.)		NATALI (J.)
	JEROME (H.)		PELLERIN (D.)
			PERROTIN (J.)
			ROBERT (H.)
			THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	BOIRON (M.)		BENHAMOU (J.-P.)
	DENOIX (P.)		BERTHAUX (P.)
	MATHE (G.)		BOIVIN (P.)
	SELIGMANN (M.)		CROSNIER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.)	Pathologie expérimentale	HARTMANN (L.)
	DUPERRAT (B.)		LEPER (J.) Pr. s. ch.
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		MAURICE (J.)
			MIKOL (Cl.)
	BESSIS (M.)		RICHET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)		AUSSANNAIRE (M.)
	DAUSSET (J.)		BOUVIER (J.)
	DUHAMEL (G.)		BOUVRAIN (Y.)
			BRICAIRE (H.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch.		BRISAUD (H.)
	MAROIS (M.)		BROCARD (H.)
	RACADOT (J.)		BUGE (A.)
Hydrologie	BESANÇON (F.)		CATINAT (J.)
	CORNET (A.)		CHRÉTIEN (J.)
	BOYER (J.) pr. s. ch.		COBLENTZ (B.)
Hygiène	BLANCHER (G.)		CONTAMIN (F.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)		COURY (C.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)		ÉTIENNE (J.-P.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.	Pathologie médicale	FREZAL (J.)
	DUPONT (V.)		FRITEL (D.)
Maladies infectieuses			HENNEQUET (A.)
	FOURNIER (E.)		HIMBERT (J.)
	GUENIOT (M.)		HOUSSET (E.)
Médecine légale	HADENQUE (A.)		LAROCHE (Cl.)
			LESOBRE (R.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		LEVEQUE (B.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)		MACREZ (G.)
	LAPRESLE (J.)		MOREAU (L.)
Neurologie	GRANJON (A.)		NICK (J.)
	HERVET (E.)		ROYER (P.)
	LE LORIER (G.)		TOURNEUR (R.)
	LEVY (J.)		WOLFROMM (R.)
Obstétrique	MORIN (P.)		LAFOURCADE (J.)
	MUSSET (R.)		LEPERCQ (G.)
	ROBEY (M.)		MANDE (R.)
	SENEZE (J.)	Pédiatrie-Puériculture	NOZZICONACCI (P.)
	SUREAU (G.)		POLONOVSKI (C.)
	TROYER-ROZAY (J.)		ROSSIER (A.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.)		VIALATTE (J.)
	DUBOIS (A.)		
	SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie.	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie.	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile.	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie.	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie.	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie.	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal.	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- A la mémoire de mes Grands Parents.

Ils avaient su entourer mon enfance
d'une très chaude affection.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MON FRERE.

A MA BELLE SOEUR.

A MES NEVEUX.

En toute affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MILLIEZ

- Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
- Médecin de l'Hôpital Broussais.

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
respectueuse gratitude.

- AU DOCTEUR MARCAIS.

Il est de ceux qu'il est bon de trouver sur son chemin.

Il fut mon premier Maître en l'art médical et m'aida jusque dans la rédaction de cette thèse qui traite de l'oeuvre pour laquelle il se dévoue sans limite.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde admiration et le témoignage de mon affectueuse et respectueuse reconnaissance.

- A MONSIEUR J. MIGNON.

Avec l'expression de ma gratitude pour ses précieux conseils et la documentation dont il m'a fait bénéficier.

- A Mes Maîtres de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

- A Mes Maîtres du Centre Hospitalier
du Mans.

- A Mon Jury de thèse.

MEDECINE DE GROUPE ET MONDE MODERNE

INTRODUCTION (Rappel de l'acquit)

- a) Définition de la Médecine de groupe.
Définition de la Médecine d'équipe.
- b) Facteurs ayant motivé la promotion de ces nouvelles formes d'exercice dans la profession.
 - facteurs scientifiques.
 - facteurs techniques.
 - facteurs matériels.
 - facteurs sociaux.
- c) Les buts recherchés :
 - mieux exercer.
 - mieux apprendre.
 - mieux soigner.
 - mieux vivre.
- d) Les conditions premières pour une bonne organisation et une réussite de la Médecine de groupe.
 - harmonie psychologique.
 - caractères.
 - problème des femmes médecins.
 - problèmes des épouses de médecins.
 - harmonie d'idéal de la profession.
 - harmonie morale.
 - harmonie des avantages recherchés et acquis
 - avantages de vie
 - avantages pécuniaires (différents modes de partage d'honoraires)
 - sécurité.
- e) La Médecine de groupe au service du malade
 - Le libre choix du médecin.
 - Le respect de la personne (tout particulièrement de la personne atteinte dans son équilibre santé).

- L'accueil par les auxiliaires des médecins.
par les associés du médecin de famille délibé-
rément choisi.
- Les remplacements réciproques.
- Les avantages que doit trouver le malade.
dont il doit bénéficier.
dont il doit avoir notion
dont il doit sentir l'efficacité.

f) La médecine de groupe vis-à-vis des autres confrères.

oOo

- a) les anciens : ceux qui se sont créés au profit de certaines circonstances de secteurs régionaux ou urbains, de certaines amitiés.
- b) les modernes : ceux qui se créent de toutes pièces avec des jeunes et nouveaux installés.
- c) différence entre les groupes de médecins sans cabinet commun, et les cabinets de groupe réunissant un certain nombre de médecins.

- difficultés psychologiques : médecins
 clientèle
- difficultés matérielles : locaux
 personnel
- difficultés financières .

C - Quelques exemples
Questions pratiques
Contrats.

CHAPITRE II.

- le rassemblement des médecins dans certaines zones rurales.
- l'implantation de cabinets médicaux dans les grands ensembles et les Z.U.P.

A - Le rassemblement des médecins en zone rurale peut s'envisager de trois manières :

- Le centre médical de groupe - édifié par les médecins eux-mêmes, quelque soit le mode de financement.
- Le groupe médical intégré au sein de l'Hôpital rural voir rapport M. MIGNON

Docteur ARSONNEAU.

B - L'implantation des cabinets médicaux au sein de grands ensembles en cours de constructions,
ou déjà construits.

Les projets d'installation de groupes médicaux dans les Z.U.P. (rapport du Dr. BEAUPERE au congrès de TOULOUSE).

- Les problèmes juridiques posés par ces hypothèses
- Les études de divers modes de contrats.
- Centre médical de groupe d'essence économique exclusivement médicale.
- Le statut locatif du médecin dans les grands ensembles
Inadaptation de la structure des immeubles à l'installation des médecins même isolés, à plus forte raison en groupe.
- Réserve de terrains
d'étages
de secteurs d'immeubles.
- Pour les Z.U.P. - option immédiate, dès la désignation de la zone - sur les terrains nécessaires à la création du Service de Santé correspondant à la population qui résidera.
- Projets de Société de financement pouvant faire face à la réserve de ces territoires indispensables à l'existence d'un corps de santé au milieu de la population.
(les options doivent être prises plusieurs années avant le début des constructions)
- étude de la SCOOPEREM.

II - Les sources de financement pour rendre possible toutes ces formes de réalisations.

- autofinancement
- emprunts familiaux
- emprunts hypothécaires entre particuliers
- emprunts bancaires

- fonds provenant du Crédit Coopératif
le statut coopératif
- fonds provenant de fonds publics
- fonds provenant d'organismes sociaux chargés
de la défense de la santé :
- S.S. - Fonds d'action sanitaire et social
- Mutualité agricole
- Mutualités diverses
- Fonds provenant de la Profession
ceux de la C.A.R.M.F. (solution bancaire à long
terme avec la CARMF à l'étude actuellement.)

Etude succincte de chaque régime, mais comparative des charges financières qu'elles entraînent.

- La forme coopérative est celle qui constitue pour l'instant l'option la moins onéreuse. Elle comporte l'adaptation du statut coopératif.

- L'aide de la Mutualité Agricole est une proposition remarquablement intéressante.

III - Quelles réalisations ces moyens de financement peuvent-ils permettre d'obtenir ?

calcul à établir suivant les principaux cas à envisager.

calcul des investissements par médecin
les charges annuelles suivant le taux et la durée
des prêts.

CHAPITRE III.

Les différentes formes de Médecine de groupe apportent-elles ou non un remède partiel ou total à beaucoup de maux dont souffre notre profession ?

Si oui dans quelles conditions ?

Relations intergroupes de même discipline
Relations intergroupes de discipline différentes
Intégration des auxiliaires médicaux dans le système
Liaison avec le centre d'équipe.
Liaison avec le centre de Diagnostic.
Liaison avec le centre Hospitalier.

- La médecine de Groupe devant l'économie Moderne
Ainsi conçue la Médecine Française pourrait promouvoir un organigramme essentiellement logique, mais surtout pratique, évitant toutes les répétitions d'actes et tous les excès de tâtonnement.

- La Médecine de groupe et le respect de la personne.
Le malade se sentirait constamment en contact avec le Praticien en qui, lors de l'acte initial, il a mis sa confiance.
- La Médecine de groupe et les corps sociaux intermédiaires.
- La Médecine de groupe au service de l'Europe.

oOo

" Faisons nous comprendre à l'étudiant que le cabinet Médical de Groupe, techniquement, physiquement, intellectuellement, moralement est la seule possibilité sérieuse d'une médecine de qualité".

Pr. MILLIEZ

(Extrait de la leçon inaugurale du 29 oct. 1959)

Aux dangers qui menacent la Médecine .

"Il faut trouver une parade . Elle existe au sein du corps médical actuellement en exercice .

Sur le plan du praticien, une seule réaction : l'organisation des cabinets de groupe et d'équipe, mais contrôlés par les médecins eux-mêmes et non par des financiers ou des collectivités".

Pr. MILLIEZ

Le problème de l'exercice médical en France
dans un avenir prochain.

Journées médicales annuelles
de BEAUJON-CLICHY 1961.

INTRODUCTION

(Rappel de l'Acquit).

- Définition.
- Facteurs ayant motivé la promotion de ces nouvelles formes d'exercice dans la profession.
- Les buts cherchés.
- Les conditions premières pour une bonne organisation et une réussite de la Médecine de groupe.
- La Médecine de groupe au service du malade.
- La Médecine de groupe vis-à-vis des autres confrères.

— o O o —

INTRODUCTION

Pour éviter toute confusion ou inexactitude nous tenons à rappeler le sens réel des deux expressions :

Médecine de Groupe - Médecine d'équipe

Médecine de groupe signifie l'union de praticiens exerçant la même discipline - qu'elle quelle soit - s'apportant mutuellement tous les moyens d'entr'aide morale, intellectuelle, scientifique, technique et matérielle. Ils pratiquent, ou non, leur art dans le même cabinet. L'Association substitue la coopération à toute concurrence.¹

Médecine d'équipe traduit la même recherche de buts, mais au sein d'une communauté qui réunit différentes disciplines, de laquelle d'ailleurs n'est pas exclu le généraliste.

Quels sont les facteurs qui ont poussé le médecin, habitué à exercer seul, vers une forme de travail qui recherche l'assistance confraternelle ?

Ils sont de plusieurs ordres.

1 - Facteurs scientifiques - acquisitions constamment renouvelées de la science ; complexité croissante des connaissances médicales ; d'où nécessité, pour suivre cette évolution qui se produit à un rythme déconcertant de consacrer de longues heures d'étude. Etude personnelle près des revues, assistance à des Congrès, des journées médicales, parfois, peut-être même, visite hebdomadaire dans un service hospitalier. Le groupe offre la possibilité de mieux suivre tel enseignement complémentaire, de s'orienter vers une "compétence" autant d'acquisitions personnelles dont la communauté s'enrichira.

2 - Facteurs techniques et matériels - Installation de plus en plus onéreuse marchant de paire avec les progrès scientifiques et techniques et à laquelle un médecin isolé ne peut plus faire face.

L'association permet un équipement moderne : radiodiagnostic, agents physiques... , qui aide à pratiquer une médecine de qualité parallèle aux connaissances actuelles.

3 - Facteurs sociaux - évolution des législations sociales qui amènent en outre une surcharge d'imprimés administratifs et de courrier. Un Secrétariat devient alors indispensable.

Recherche d'une meilleure organisation de la vie professionnelle et par conséquent de la vie personnelle et familiale.

En groupe le médecin n'est plus ce "petit industriel pressé" (Pr. NEDELEC). Il se sent soutenu et aidé par ses associés auxquels il n'hésitera pas à demander conseil pour un cas difficile.

Ainsi plus confiant, plus détendu, plus reposé il pourra :
 "mieux exercer - mieux apprendre
 mieux soigner - mieux vivre" (Pr. NEDELEC).

Pour une réussite parfaite de la médecine de groupe et une bonne organisation il faut tenir compte de certaines conditions. Elles sont d'abord d'ordre morale et psychologique. On ne peut s'associer avec n'importe quel confrère. Un médecin en plein accord dans un groupe, ne conviendra absolument pas dans un autre. Les divergences de caractères ne sont cependant pas un obstacle lorsque les médecins désirent s'entendre. Le plus souvent dans un groupe les difficultés viennent du côté des épouses, et sont alors plus irréductibles : jalousie, préférences, querelles personnelles. Peut-être serait-il bon lorsqu'un groupe choisit un nouvel associé de considérer d'une part le médecin et d'autre part le couple. En tout cas il est souhaitable que les épouses ne prennent pas une part active en tant qu'infirmières ou secrétaires dans le groupe.

Un problème nouveau ne tardera plus à se poser. C'est celui des femmes médecins : Comment inclure une femme médecin dans un Groupe ? C'est un problème certes délicat, tant sur le plan psychologique à l'intérieur même du groupe, qu'avec les épouses des médecins : inimitiés, fondées ou non, entre elles ; et même sur le plan organisation du travail ; mais il doit être résolu. Si certaines femmes du fait de leur forme de caractère ; de leurs occupations para professionnelles ne peuvent exercer en groupe - ceci est d'ailleurs vrai pour certains hommes - beaucoup d'autres y trouveraient très largement une place, et y rendraient de grands et précieux services. Il est même justifié de penser que c'est à l'intérieur d'un groupe qu'une femme médecin pourra apporter la plus grande richesse de sa valeur propre et exercer le plus aisément une action bienfaisante.

Il faut rechercher dans le groupe une harmonie indispensable à cette action efficace et heureuse que nous définissons à l'instant, mais il n'est pas question de chercher une uniformité mais bien au contraire une enrichissante diversité.

Des critères que nous venons d'évoquer trois dominent la scène : la valeur morale : toute faute commise par l'un des confrères atteint la réputation du groupe.

Même conception de but de l'exercice médical.

La formation professionnelle qui doit être irréprochable et devenir une source d'apport constant pour tous les membres du groupe.

Les tendances du caractère qui doivent démontrer une nette tendance à aimer travailler en équipe en faisant taire un trop sourcilieux individualisme.

A la mise en commun des connaissances, des moyens techniques, de l'enrichissement individuel que chacun peut acquérir et qui se complète par l'harmonie des possibilités de vie, correspond la mise en commun des Honoraires, résultat tangible des efforts de cette équipe homogène.

Le partage des honoraires a donné lieu et donne encore lieu à beaucoup de discussions. Il paraît difficile, pour ne pas dire injuste, de vouloir ne tenir compte, dans la répartition des gains, que de la sanction économique propre au travail strictement professionnel de chacun. Au sein d'un groupe certains membres effectuent un travail non chiffrable. Le "cerveau" de cette petite communauté a pu laisser à ses confrères une partie de sa clientèle afin de pouvoir organiser, administrer, défendre les intérêts de l'ensemble ; l'autre a pu se voir confier une part de médecine de collectivités combien ingrate et moralement épuisante et qui pour un travail aussi important est insuffisamment rémunérée.

Pour ceux qui pratiquent une réelle médecine de groupe, il est difficile d'admettre que l'osmose des gains de la communauté ne s'établisse pas entre ses membres. La vitalité de la cellule du groupe n'est pas chiffrable dans les différents genres d'apports. De quelque manière que ce soit tous oeuvrent pour le bien commun et il est logique que ceci se traduise par une répartition contractuelle des gains. Chacun aura d'ailleurs à coeur que l'importance de son travail soit en équilibre avec celui de ses confrères, ainsi que les services rendus ; le travail en commun crée de lui-même une émulation. Alors que la séparation des intérêts financiers entretient la concurrence, celle-ci devenant alors le germe le plus sûr de la discorde. Cependant différents modes de partage des honoraires sont choisis suivant les groupes.

1 - Répartition simple, en parts égales, des honoraires perçus par le groupe.

2 - Répartition, en parts égales, d'un certain pourcentage des honoraires perçus, après entente préalable. Ce pourcentage représente la masse commune. Il est souvent du $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{2}$ des honoraires.

3 - Répartition en parts égales, des honoraires relatifs aux examens ou aux soins pratiqués grâce à l'appareillage commun. Les autres honoraires restent strictement personnel. Bien entendu les frais professionnels découlant de l'association sont pris en charge par la communauté et répartis au "prorata" de l'importance des gains de chaque Associé.

Cette organisation donne au médecin une certaine sécurité. Au jeune médecin débutant assurance d'être soutenu par les confrères ; pour celui qui arrive en fin de carrière possibilité de se tenir en contact avec la profession tout en épargnant ses forces : là est le juste retour des choses. En cas de maladie, ou plus agréablement pour les jours nécessaires de vacances, souci moindre pour la clientèle qui se trouve en bonnes mains.

Pour que toute organisation médicale soit valable, il faut qu'elle satisfasse non seulement les médecins, mais surtout et avant tout les malades ; en aucune manière le malade ne doit se sentir lésé.

Le reproche le plus sérieux qui a été formulé contre la médecine de groupe est de ne pas respecter le libre choix du malade. Certains malades se sont plaints de voir arriver à leur chevet un médecin qu'il ne désirait pas consulter à la place de celui qu'ils avaient appelé. Ceci fut peut-être vrai dans certaines périodes de grande affluence où le médecin de famille surchargé faisait appel à l'aide de son confrère plus rapidement libéré. Mais ces cas restent rares et les médecins n'agirent qu'en fonction de l'intérêt de leur patient.

En pratique l'organisation commune ne porte pas atteinte au libre choix étant donné que :

- chaque médecin garde sa clientèle personnelle et en conséquence sa responsabilité devant ses malades.

Le malade doit avoir son médecin en tant qu'homme indépendant de toute contrainte.

- Le malade reste libre de choisir le médecin qui lui plaît à l'intérieur ou à l'extérieur du groupe en cas d'absence de son médecin habituel. Aucune pression ne doit être faite pour le diriger vers tel confrère.

Dans la plupart des groupes en activité l'impossible est d'ailleurs fait pour que chaque famille comprenne l'importance de choisir un véritable médecin de famille.

Le médecin de garde devra tenir le médecin de famille au courant de l'état de ses malades qu'il a vu en son absence.

Il a parfois été nécessaire à certains confrères de rappeler la notion du médecin de famille au moment du remplacement annuel ou pendant un tour de garde - celui-ci étant prétexte - quelque fois par une sorte de politesse - de demander " de continuer puisque vous avez commencé".

Il est évident que par antithèse un médecin habituellement choisi par une famille ne se permettra pas de s'imposer contre le gré de la famille si les desiderata sont franchement expliqués.

Afin de respecter au mieux le libre choix il est préférable que le groupe comporte au moins trois médecins, afin d'assurer une permanence de deux associés dans tous les cas ce qui permet au malade d'avoir en l'absence de son médecin de famille un médecin occasionnel librement choisi.

La médecine de groupe doit respecter le caractère humanitaire de la médecine traditionnaliste : respect de la personne, tout particulièrement de celle atteinte dans son équilibre santé.

L'abolition de la concurrence ne doit pas être en cause de facilité, de laisser-aller et par là même de diminution de la qualité de la médecine, c'est une question de moralité, de conscience professionnelle.

Dans les cabinets de groupe il revient aux auxiliaires des médecins d'accueillir le malade. Infirmière et secrétaire doivent être aimables, très discrètes afin que le malade se sente à l'aise et en pleine confiance, et que lui soit diminué au maximum l'anxiété de l'attente... Si le médecin demandé est absent, elles laisseront au malade le libre choix parmi les confrères présents. Elles ne devront pas envoyer un associé sans en prévenir le patient.

Vis à vis de la clientèle, il est préférable que l'auxiliaire ne soit pas épouse ou fille d'un des associés. Le malade pouvant être gêné de demander à consulter un nouveau confrère à l'épouse de son ancien médecin.

Le groupe aura toujours un de ses membres à la disposition des malades. Les associés organisent entre eux un roulement des visites et des consultations ; établissent un tour de garde. Ce tour de garde, ce choix des périodes de vacances peuvent être établis suivant

différents principes : parfois le privilège de l'âge reste constant ; dans d'autres associations une rotation est établie automatique pour répartir les absences des mois d'été. Le choix des vacances se fait le plus souvent au mieux des désirs de chacun en troublant au minimum la bonne marche générale.

Le malade doit bénéficier au maximum de cette organisation commune. Il y trouve une médecine de qualité due aux connaissances scientifiques d'une équipe qui continue à s'instruire aidée d'un personnel compétent et disposant d'un bon équipement matériel.

En l'absence de son médecin, il peut choisir un autre praticien qui aura la possibilité de consulter sa fiche médicale et qui tiendra son médecin habituel au courant de ses constatations.

Les malades doivent sentir l'efficacité de cette organisation. La médecine de groupe devient " un service public indépendant " où " n'importe quel citoyen, quelques soient les conditions de temps, de lieu ou de fortune puisse trouver le médecin dont il a besoin ". (Professeur NEDELEC).

Que penser du groupe médical vis-à-vis des autres confrères ayant un champ d'action dans la même périphérie ?

Il y a d'une part les confrères installés antérieurement à la formation du groupe et qui ont préféré continuer à exercer seul. Le groupe devra respecter leur personnalité, ménager leur clientèle et les aider dans la mesure du possible.

Le problème devient crucial pour le jeune confrère qui désire sous l'effet de raisons personnelles s'installer dans un lieu où existe un groupe. Il est certain que si le groupe ne veut pas l'incorporer il aura beaucoup de mal à se faire une clientèle. Le groupe exerce en quelque sorte un monopole interdisant pratiquement toute nouvelle installation dans le secteur considéré. Le nouveau venu devant se défendre seul contre tous. C'est là le risque réel de l'organisation commune. Pour palier à cette anomalie, les conditions d'admission dans le groupe ne devraient pas être laissées aux caprices d'un associé. C'est le cas lorsque les statuts exigent l'unanimité. L'admission devrait être faite selon l'avis de la majorité par exemple les 2/3. L'unanimité si elle est préférable, ne devrait pas être obligatoire.

Devant ce danger du "monopole", comme certains critiques y ont fait allusion, il y aura peut être lieu d'inciter les groupes à toujours maintenir leur "quantum" à un chiffre correspondant avec la démographie du secteur à desservir. Sans vouloir être taxé de dirigisme le rôle possible de l'Ordre et des Syndicats peut être évoqué dans la perspective de l'exhortation et non de l'obligation.

Ce sera là une conséquence d'une organisation bien conçue mais qui comprend ses servitudes ... Celles-ci pourraient d'ailleurs faire l'objet d'un article additif dans les contrats soumis au Conseil Départemental de l'Ordre et accepté par avance au cas d'injonction bien déterminée dans ses bases et dans les délais d'exécution.

oOo

CHAPITRE I.

- L'instauration des cabinets de groupe
 - Les anciens
 - Les modernes.
- Difficultés rencontrées par les promoteurs de la Médecine de groupe.
- Quelques exemples de groupe.
- Questions pratiques dans le fonctionnement d'un groupe
- Contrats.

oOo

L'historique des cabinets de groupe démontre à souhait que les premiers apparus durent leur éclosion à des circonstances géographiques favorables : celles-ci se caractérisent par un secteur de rayonnement médical assez bien défini, et assez autonome, desservi par un nombre de médecins variant de trois à six et appelés à connaître entre eux des relations assez fréquentes.

Certes il leur faut posséder cette idée de la possibilité d'un travail en collaboration et la désirer, mais celle-ci acceptée ils trouveront les meilleures conditions pour accéder à la réalisation du cabinet de groupe.

D'autre fois dans le cadre d'un secteur topographique favorable, mais plus étendu, ce sont des amitiés antérieures qui vont devenir la base d'ententes plus poussées et plus réellement organisées. Les grandes villes n'offrent pas ce climat préalable à la création des groupes médicaux. Les praticiens s'ignorent davantage et leurs relations sociales s'effectuent davantage en dehors du monde médical. Certains commentateurs, profanes de la médecine de groupe, prétendent même que les praticiens urbains ne ressentent pas le même désir de s'unir - et ces observateurs ajoutent que l'utilité de ces regroupements est loin d'être démontrée. Si ceci peut être exact au centre des grandes villes, en revanche leur périphérie en plein développement y rend l'implantation favorable.

Il y a là - un important sujet à discuter ; il mériterait tout un chapitre. Nous pouvons présumer que c'est le facteur psychologique qui guidera la décision des Médecins : ceux-ci auront ou n'auront pas notion de l'utilité de ces cabinets recentrés et appuyés sur une meilleure structure administrative et technique. Nous imaginons que, malgré les réticences de tel ou tel commentateur il serait vite prouvé que ces "unités fonctionnelles" de praticiens rendraient les plus grands services à tous les malades et faciliteraient l'accommodation de notre exercice médical aux exigences de la vie contemporaine dans les villes aussi bien qu'aux nécessités des réglementations qui viennent limiter la liberté des Médecins.

Nous pouvons penser, par contre, que leur implantation et leur organisation pourront rencontrer plus de difficultés ; mais elles devront provoquer entre les médecins la même harmonie de travail et apporter les mêmes avantages aux malades.

Une modalité de création de cabinet de groupe de temps en temps rencontrée dans les grandes villes, en dehors des zones d'extension, est celle d'une réunion de plusieurs cabinets instaurés uniquement par de jeunes médecins soucieux d'étayer leur première installation.

Il peut être convenable ici de distinguer deux notions un peu différentes dans leur réalisation : celle de groupement médical - qui n'implique pas obligatoirement l'existence d'un centre médical commun ; et la notion de cabinet de groupe concrétisé par un immeuble abritant tous les cabinets médicaux, les services de secrétariat, et certaines installations techniques communes.

Originellement, le groupement Médical a précédé l'instauration du centre Médical commun ou cabinet de groupe.

Pour passer de la phase de l'entente à la phase de la communauté des lieux d'exercice, il fallut attendre un certain temps pendant lequel les esprits s'adaptaient aux nouvelles conditions ; celles-ci requièrent une réforme des mentalités, aussi bien des médecins que des malades.

Le Professeur PEQUIGNOT dans son ouvrage "Médecine et Monde Moderne" a analysé avec précision les mutations rapides qui depuis moins d'un siècle ont bouleversé ce colloque - qui fut si longtemps la base et même le tout de l'acte médical. Ce sont les mêmes raisons qui après avoir entraîné la transformation de l'acte médical vont conduire les médecins à modifier leur mode traditionnel d'exercice.

D'une façon générale, le médecin, après avoir quitté les services hospitaliers, perd ce goût du travail en équipe - et devient farouchement individualiste. Cette nécessité de se forger une réputation, de la défendre et d'en tirer rayonnement pour accroître au maximum la clientèle rend difficile toute relation avec les confrères, et une atmosphère de rivalité méfiante s'instaure rapidement.

Ce fut donc pour les Praticiens eux-mêmes une surprenante modification que de chercher à établir une utile collaboration pour la substituer à une âpre concurrence.

Pour les malades ; il y eut aussi un étonnement dans ces nouvelles modalités d'exercice : le médecin ne se présentait plus dans le cadre d'un intérieur aussi personnalisé, des auxiliaires médicaux l'entouraient désormais ; une certaine rotation des présences individuelles des médecins devenait la condition de la permanence du service médical - ; autant de petits faits qui bouleversaient la conception des clientèles sur les rapports entre le malade et le médecin isolé en clientèle privée.

Depuis quelques années de nombreuses revues ou magazines ont vulgarisé pour leurs lecteurs les nouvelles conditions de l'exercice de l'art médical si l'on voulait que celui-ci reste à la mesure convenable pour assurer une distribution des soins qui respectera la valeur de chacune de nos personnes.

La phase de l'étonnement est certainement dépassée et nous nous trouvons désormais dans la période de l'adaptation réciproque aux nouvelles conditions qui se généralisent peu à peu. Outre ces difficultés de transformation psychologique, les obstacles matériels ne manquèrent pas et ne continuent pas de manquer.

La conception des locaux réunissant divers cabinets médicaux nécessite des réflexions, des tentatives, des critiques. Aujourd'hui les différents plans qui ont été réalisés ont permis de dégager un certain nombre de grandes lignes, communément admises. Il en est ainsi de l'affectation exclusive d'un cabinet médical à un Praticien désigné pour que ce local devienne aussi personnalisé qu'il peut l'être. Il en est de même du principe le plus souvent admis de salle d'attente réservée aux malades d'un seul médecin. Nous pourrions encore citer l'importance croissante que les praticiens exerçant dans ces centres médicaux de groupe attachent au mode de réception, aussi bien dans l'ordre technique et décoratif, que dans le comportement du personnel chargé de l'accueil.

Ce problème du choix du personnel dans "les Maisons Médicales" s'est révélé assez rapidement très délicat et difficile à résoudre que cela soit dans la nature et la variété des qualités requises, ou que cela soit dans la continuité du service à assurer. Il y a là une servitude des Maisons Médicales qu'il faudra bien étudier, parce qu'en fait, l'organisation fonctionnelle du groupe médical en dépend quelque peu ; l'on peut même dire que la valeur de ces employés est la condition évidente d'un travail meilleur et plus aisé ... Il sera bon également de faire étudier de façon aussi précise que possible tous les rouages de travail du groupe médical pour en analyser ce qu'on a consenti à appeler maintenant la "productivité". "Il ne faut pas confondre productivité, production et rendement. La productivité en médecine de soins consiste dans la recherche des meilleurs soins ; c'est-à-dire la meilleure façon - la plus efficace - de rétablir la santé". (Dr Valingot). Elle n'a donc pas rapport à la quantité mais à la qualité.

A cette étude les médecins ne sont pas toujours bien préparés et il leur faudra tout probablement là encore prendre conseil de techniciens rompus à ces recherches de la meilleure organisation du travail.

Quant aux questions financières elles ont fait l'objet de nombreuses études - nous les reprendrons dans un chapitre spécial. Nous voulons ici seulement en déterminer les incidences en fonction des normes élémentaires nécessitées par la construction d'une Maison Médicale de groupe.

Il n'existe nul doute que les Praticiens qui acceptent de prendre en charge l'édification de ces centres médicaux consentent

à supporter des charges importantes, sans que l'état actuel des Honoraires médicaux, aussi bien que les règlements traitant des impositions fiscales, ne tiennent compte du prix et de l'amortissement de ces investissements. Sur cette question des contingences financières qui grèvent la création des cabinets de groupe ces deux points seuls ont lieu d'être signalés à ce stade de notre étude : le fait du coût des investissements, dont la source est plus ou moins difficile à trouver ; leur rentabilité qui ne trouve aucune correspondance dans l'évaluation du Taux des Honoraires ; mais on doit placer sur le même plan des problèmes économiques, les charges inhérentes à l'organisation d'un Service administratif, et d'un minimum d'installations techniques mieux appropriés aux services demandés par les malades.

- Quelques exemples :

Pour mieux illustrer les idées développées dans ce chapitre, il nous semble convenable d'apporter ici le récit de quelques exemples qui ont servi de base à notre étude.

Celui de SABLE est intéressant à différents égards. D'abord parce qu'il est à peu près certainement le premier en date ; ensuite parce que le groupe s'est constitué progressivement, au fur et à mesure de la disponibilité des postes médicaux tenus par des praticiens plus âgés, et que jusqu'à cette année l'association avait permis à chaque confrère de conserver son cabinet médical particulier. Seul un petit centre commun avait été édifié pour l'organisation du secrétariat et de l'électroradiologie, permettant également à chaque membre de l'association de trouver là pour certains actes médicaux la collaboration d'auxiliaires médicaux, et donnant aussi la possibilité au groupe médical d'accueillir le Service de Médecine du Travail effectué par l'un d'eux. Mais le développement progressif du groupe a fait sentir - ici aussi - de plus en plus la nécessité d'édifier un Centre Médical commun et unique dont l'année 1964 devrait voir l'inauguration.

L'exemple de LOUDEAC, deuxième Groupe Médical en date, apporte des éléments différents. Ici quatre confrères entendent parler de la formule de Médecine pratiquée à SABLE, sont tentés d'en éprouver rapidement les avantages et décident du même coup d'arriver immédiatement au stade du Centre Médical commun que SABLE ne connaîtra que dix ans plus tard. Il faut peu de temps pour que les praticiens de LOUDEAC ressentent les bienfaits de leur réalisation de Maison Médicale et en fassent part à ceux qui veulent bien les interroger : c'est rapidement que des adeptes vont démontrer ensuite en Bretagne le bien fondé des avantages trouvés dans la première Maison Médicale.

Nous voudrions pour terminer prendre deux exemples de Maison Médicale issue de l'heureux regroupement de médecins exerçant dans des communes séparées. Il en existe désormais plusieurs de même structure et ceux-ci ne font que préfigurer ce "recentrage" des Praticiens préconisé avec tant de ferveur par l'Association de Médecine Rurale et désignés sous le nom de "Centres Sanitaires Ruraux". De ceux-ci nous reparlerons plus loin.

Des deux exemples que nous avons choisi : l'un est en Bretagne à CAULNES - l'autre à MONTASTRUC dans la Haute Garonne. Ces deux localités, situées dans des régions très éloignées l'une de l'autre - ont vu se produire le même phénomène d'union des médecins : Deux praticiens de la localité principale arrivant à une entente et élargissant celle-ci en faisant appel à un confrère dans une localité plus petite, pour qu'il se joigne à eux. C'est là une forme spontanée de regroupement très intéressante, parce qu'elle supprime cette solitude médicale si déprimante pour beaucoup de Praticiens, et qu'elle démontre à souhait tous les bienfaits que peut en retirer la population.

Une dernière catégorie d'expérience a été pratiquée en milieu urbain à NANTES, (conférer rapport Docteur BEAUPERE au 1er congrès AMU (Marseille). Trois jeunes médecins à la recherche d'une installation ont tenté avec succès leur implantation dans un grand ensemble immobilier au sein duquel les promoteurs ne semblent pas avoir prévu l'instauration d'un service sanitaire. C'est avec beaucoup de difficultés qu'ils installent leurs cabinets dans des locaux inachevés et prévus pour des activités commerciales. Tous les travaux d'achèvement leur incombent et sont rendus plus compliqués et plus onéreux du fait de l'inadaptation du gros oeuvre.

Dans cette formule, la société civile coopérative nouvellement constituée a opté pour le statut de locataire. Nous commenterons un peu plus loin cette très intéressante tentative.

Voici brièvement résumés, mais aussi nettement précisés que possible les caractères essentiels de ces quatre catégories de regroupement les plus fréquemment rencontrées et qui sont bien la base d'expérience de laquelle on essaie maintenant de tirer les différentes modalités qui pourront le mieux s'adapter aux différentes conditions socio économiques de notre Pays.

QUESTIONS PRATIQUES DANS LE FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE MEDECINS GENERALISTES

L'organisation du travail à l'intérieur des groupes de médecins s'est établie empiriquement au fur et à mesure que se constituaient des éléments adoptant ces modalités d'exercice.

Mais on peut déjà présumer que s'en dégageront peu à peu des grandes lignes qu'il appartiendra d'adapter à un travail rationalisé, mais gardant toute sa souplesse pour s'accorder avec la part constante de l'imprévu ainsi qu'avec les exigences provenant de relations empreintes du respect de toute personne.

Nous désirons décrire d'abord le fonctionnement d'une Maison Médicale prise pour type et nous essaierons ensuite de considérer quels aménagements pourraient entraîner une meilleure productivité.

Dans le chapitre où nous traitons des locaux, nous avons évoqué la préférence des Praticiens de groupe pour édifier des bureaux exclusifs très personnalisés et y adjoindre le plus souvent aussi une salle d'examens et de pansements ; il est également préférable que chaque associé ait une salle d'attente particulière à sa clientèle, la rotation cyclique des heures de consultation peut permettre à la rigueur l'usage alterné de la salle d'attente pour deux médecins. Outre ces locaux affectés à chacun des associés ; il existe des services communs : le Secrétariat, la comptabilité, une grande salle de pansements et de soins les pièces de radiologie. On pourrait établir une sorte d'équation qui tendrait à démontrer que le nombre fixe de pièces sans préjuger de leurs surfaces, tend à atteindre : 1 secrétariat (ad libitum : 1 comptabilité pour les groupes importants), 1 grande salle de soins, 2 à 3 pièces pour les nécessités de la radiologie, 2 ou 3 petites salles de traitement : et calculer ensuite que par médecin exerçant au sein du groupe, il faut prévoir, 2 à 3 pièces suivant qu'on préfère 1 salle d'attente par médecin ou par deux médecins.

Ainsi pour un groupe de 4 médecins par exemple .

6 pièces pour l'ensemble des confrères

2 pièces par médecin $\times 4 = 8$

1 pièce pour deux médecins $\times 2 = 2$

on arrive ainsi à un centre médical pour 4 médecins. Soit 16 pièces en y ajoutant les couloirs de circulation. Il est difficile de prévoir une surface moyenne inférieure à 18 m² par salle en y maintenant les petites salles de traitement.

On obtient ainsi environ un minimum de 300 M² construits ce qui permet de calculer approximativement suivant les régions les prix de revient d'un centre médical pour quatre personnes tout probablement entre 250 et 300.000 francs. c'est-à-dire par médecin entre 65.000 et 75.000 francs. Ce que nous connaissons des investissements effectués par diverses Maisons Médicales, nous fait penser que cette évaluation correspond assez exactement à la réalité. On peut en déduire plus généralement que Tout Centre Médical, bien conçu et bien équipé, doit comprendre cinq à six pièces de base, communes à tous les médecins du groupe, et par médecin associé 2 pièces et demi à 3 pièces, suivant l'importance du groupe.

C'est là un élément qui peut donner une indication approximative mais assez exacte sur le coût des intérêts annuels on peut se reporter aux tableaux que nous avons insérés sur les modalités des investissements. La question du personnel a été évoquée aussi, elle doit être précisée ici, dans ce sens qu'il n'est guère concevable pour un groupe maximum de trois médecins, d'employer moins de deux personnes, nombre nécessaire pour assurer avec une souplesse suffisante le service de garde.

En principe nous ne pouvons guère imaginer que ces deux auxiliaires n'aient pas une formation spécialisée. Cependant certains groupes disposant d'un personnel très complaisant, ont parfois une seule auxiliaire médicale qualifiée, la seconde employée étant surtout destinée à assurer en quelque sorte une permanence, et les praticiens faisant appel systématiquement à l'infirmière diplômée, au cas d'urgence nécessitant sa collaboration. Nous pensons que notre expérience personnelle et nos enquêtes nous permettent de prendre position sur ce problème. Si pour un minimum de trois médecins la question de deux auxiliaires médicales peut se discuter par suite de l'importance des traitements, nous pensons que de quatre à six médecins il ne peut être conseillé de réduire la collaboration à une seule auxiliaire diplômée ; et il est tout probable qu'au delà de six médecins il faudra prévoir judicieusement : Une infirmière, une secrétaire médicale et une comptable.

La question de la comptabilité n'a pas toujours été suffisamment mise en évidence dans les travaux antérieurs. Il ne faut pas se leurrer que dès qu'un groupe atteint un certain nombre d'associés, la mise à jour de la comptabilité exige beaucoup de temps et beaucoup de minutie. Outre la tenue des livres comptables il faut bien se rendre compte que la constitution d'un groupe médical exerçant dans un centre Médical, détermine une véritable gestion des services généraux et des biens matériels et que celle-ci entraîne une notation régulière des dépenses comme des recettes. Ceci fait envisager le rapport de productivité par rapport à l'importance du coût des services généraux et des intérêts dus à la suite des investissements.

C'est là un aspect que nous n'avons pas manqué de signaler au début de ce travail. Il est nécessaire que les médecins exerçant en groupe s'attachent à étudier et à se documenter sur les problèmes de gestion. Il sera fort utile de dégager peu à peu la part du coût matériel de tout acte médical effectué par un médecin bénéficiant d'une organisation telle que celle d'un Centre Médical de Groupe. Même en réservant au Praticien tout le temps souhaitable pour se consacrer à l'acte intellectuel celui-ci implique de toutes manières un "substratum" de moyens techniques et administratifs propres à faciliter une aussi parfaite exécution que possible. Le malade comme le médecin doivent en être les premiers bénéficiaires.

Sans vouloir nuire en quoique ce soit aux actes de l'examen, du diagnostic et de la thérapeutique, il doit être possible d'envisager, même en médecine, une certaine forme de Productivité. Si cette notion heurterait les congressistes omnipraticiens à VICHY en 1957 actuellement cette conception a été dépouillée de tout ce qu'elle a de péjoratif depuis qu'on ne la circonscrit plus seulement de manière erronée au terme de production ; désormais on entrevoit que par certains côtés l'organisation Professionnelle Médicale doit assurer de mieux en mieux la protection de l'acte intellectuel qui est en fait celui de l'irremplaçable dialogue de deux personnes, base de l'efficacité du rôle du médecin.

Dans beaucoup de groupes médicaux on a déjà commencé à réfléchir à ces notions, et certaines associations tâtonnent pour découvrir les moyens de travail les plus efficaces et les plus salutaires à déterminer un excellent accomplissement de l'idéal Médical.

Est-il utile dans ce travail d'essayer de chiffrer les dépenses de fonctionnement d'un groupe médical ? Il est probable que cette estimation fixerait mieux les idées, mais elle risquerait d'être acceptée dans l'absolu. Il est préférable de laisser à chacun la facilité d'entrevoir ce que représenterait les dépenses de Personnel depuis les auxiliaires majeurs jusqu'au salarié le plus subalterne, de rappeler les frais généraux de fonctionnement, administratifs : téléphone (par exemple), chauffage... etc... .

Que conclure de l'ordre de grandeur auquel on doit arriver ? Tous les groupes que nous avons connus ou interrogés pourraient apporter la preuve qu'ils accroissent leurs frais généraux et ceci était prévisible quand on se souvient que les médecins se sont unis pour exercer dans de meilleures conditions en perfectionnant leurs moyens.

Mais ce qui resterait à définir autrement que par des chiffres c'est le degré de productivité atteint, nullement dans le sens de la quotité, comme nous le disions plus haut, mais dans le sens d'une meilleure disponibilité du médecin, lui permettant d'assurer à son malade l'acte médical le plus sûr possible, et éminemment propice à fixer une confiance qui se cherche.

De toutes manières nous avons pu constater que toute activité d'un groupe médical, exerçant avec le souci de respecter la plus haute probité Morale et Déontologique et excluant l'âpre concurrence et le but commercial croît régulièrement du fait du rayonnement de chacun de ses participants, rehaussé et soutenu par la solidarité des autres membres du groupe. Ainsi malgré certaines hésitations initiales on peut constater que cette forme d'exercice médical imprégné de plus noble esprit d'équipe détermine vers le groupe un mouvement de confiance.

Que donner comme points de repère dans les frais de fonctionnement ?

Il est normalement prévisible, pour un groupe de 4 à 5 Médecins, d'estimer le coût de deux auxiliaires médicales à vingt mille ou vingt deux mille cinq cents francs par an, charges comprises ; c'est la source de dépenses la plus élevée et qui surprend le plus les éventuels candidats à former un groupe, parce que jusqu'alors très peu de praticiens ont un secrétariat organisé, mais dans un centre médical il ne peut plus en être autrement. Parmi les autres postes de dépenses en augmentation, en regard de l'exercice individuel, celui des liaisons téléphoniques en est un des plus importants ; et c'est là aussi une charge supplémentaire inéluctable dans un groupe organisé. Le montage du standard téléphonique, les différentes possibilités qu'il offre et la sécurité de son fonctionnement nécessitent une étude toute particulière. L'investissement de ce programme matériel est en fait plus important que les dépenses d'entretien et de fonctionnement. Les autres dépenses ne peuvent paraître grevées d'un pourcentage beaucoup plus considérable que dans un exercice individuel non organisé. Toutefois le souci que tout groupe doit avoir d'offrir à ses malades un plus grand confort, davantage de facilité pour satisfaire aussi bien aux exigences administratives, qu'aux désirs les plus légitimes de la clientèle fait prévoir un pourcentage d'augmentation des frais généraux ; ce que confirment les faits et qu'on peut traduire dans les chiffres par un

ordre de grandeur de 15 à 20 %. Il apparaît donc désormais qu'indubitablement cet exercice médical dans les Centres Médicaux entraîne une aggravation apparente des frais généraux largement compensée par une bien meilleure productivité. Il n'en est pas moins certain qu'il faudra le plus rapidement possible préciser quelle est la part de dépenses matérielles minima permettant de déterminer les meilleures conditions dans lesquelles pourra être dispensé l'acte intellectuel de base de la Médecine Praticienne pourtant dénué de toute dépense technique supplémentaire. Nous en arriverons ainsi peu à peu à une meilleure évaluation de la valeur du C, sur lequel les syndicats médicaux discutent depuis de longues années.

oOo

CONTRAT

Le contrat préside à toute association. L'article 73 du code de déontologie précise :

"toute association ou société entre médecins doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Les objets de contrat doivent être communiqués au Conseil Départemental de l'Ordre qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le Conseil National.

À défaut de communication du contrat au Conseil de l'Ordre n'entraîne pas la nullité du contrat, par contre cette infraction relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil National a approuvé

a) le 17 avril 1959, un contrat - type d'association entre médecins de même discipline.

b) le 9 octobre 1960 un contrat - type d'association pour exercice de la médecine en cabinet de groupe avec mise en commun des honoraires.

c) le 20 mars 1963, un statut type de coopérative professionnelle des médecins.

Ces contrats remplacent ceux qui avaient été établis en 1948 et qui ont été annulés par décision du Conseil National le 29 juin 1958.

Actuellement le Centre pour le Développement de la Coopération propose un règlement intérieur pour les coopératives de médecins, qui est à l'étude par le Conseil National de l'Ordre.

D'une façon générale le contrat stipule, outre la forme, l'objet, la dénomination, le siège et la durée de la société

d'une part :

l'utilisation des locaux et l'organisation du service médical : c'est-à-dire 1) les horaires des consultations qui sont établis à l'avance à l'amiable, qui garantissent une activité analogue à chaque médecin, qui sont portés à la connaissance de la clientèle.

2) les relations des associés entre eux

3) les congés qui peuvent être pris en une ou plusieurs fois, dont les dates sont choisies suivant un accord amiable ou à défaut par tirage au sort, et au mieux de la bonne marche du groupe.

4) les gardes. Chaque associé assure personnellement, à tour de rôle, la garde de fin de semaine et des jours fériés. Autant que possible la garde sera assurée par deux médecins afin de respecter le libre choix.

5) le Remplacement. Pendant les absences le remplacement est assuré par les autres membres du groupe. Pour des raisons impérieuses, le groupe pourra, d'un commun accord, s'adjoindre provisoirement un remplaçant.

D'autre part :

le cas d'admission, départ, maladie, invalidité.

1) Admission dans le groupe

Toute admission nouvelle devra être précédée, sauf décision unanime des associés, d'un remplacement de 6 mois peut-être un an avant l'admission définitive. Pendant ce temps le candidat sera sous son nom propre et présenté à la clientèle. Au-delà de cette période le remplaçant pourra, s'il le désire, et s'il est accepté par les autres membres du groupe être agréé comme associé.

Pour constituer son apport, il devra :

- s'il prend la place d'un médecin quittant le groupe, lui racheter ses parts sociales.

- s'il vient augmenter le groupe :

. soit qu'il rachète à chacun des autres co-associés une fraction égale de leur part,

. soit qu'il fasse au groupe médical l'apport d'une part équivalente à celle des autres associés qui augmentera le capital social.

Si besoin est, le groupe peut donner sa caution à l'emprunt que le médecin pourrait avoir à réaliser pour satisfaire aux conditions d'admission.

2) départ

L'associé qui manifeste l'intention de se retirer doit en faire la déclaration au moins 6 mois à l'avance. Il a le droit de présenter un successeur qui devra être agréé par les autres membres du groupe.

En cas de décès la valeur de la part est versée aux héritiers.

L'exclusion d'un associé est de droit s'il a été condamné à peine criminelle ou s'il a été radié du tableau de l'Ordre.

Elle peut être prononcée à l'unanimité des voix des autres co-associés s'il a commis des infractions graves aux statuts ou pour toute autre raison grave sous réserve, dans ce dernier cas, de l'appréciation de juges professionnels ou civils.

3) Maladie invalidité

En cas de maladie ou d'accident l'associé perçoit pendant un certain temps sa part intégrale de répartition, au-delà de ce délai et jusqu'au 90ème jour un pourcentage seulement de sa part. Ensuite il bénéficiera uniquement de l'assurance maladie contractée par le groupe auprès d'une mutuelle ou d'une Compagnie d'assurances.

En cas d'invalidité partielle modifiant les possibilités d'exercice du médecin à l'intérieur du Groupe, cette situation devra être envisagée par les co-associés qui prévoieront un pourcentage de répartition de la masse commune adaptée et compatible avec le fonctionnement logique du groupe.

Enfin les dispositions financières et comptables

Les honoraires des associés leur sont propres et sont perçus soit directement par eux, soit d'ordre et pour leur compte par le se-

crétariat. Chaque médecin signe lui-même les feuilles de Sécurité Sociale ou de mutuelle de ses malades.

La totalité des honoraires et des recettes professionnelles perçus est inscrite à un compte commun appelé masse commune. La masse commune est calculée mensuellement ou trimestriellement. Les médecins se réunissent alors pour procéder à la régularisation de leur situation par rapport au groupement médical. De la masse commune sont déduits tous les frais incombant au groupement; puis elle est répartie en parts égales entre les associés.

Ainsi se trouvent résumées les principales clauses entrant dans un contrat-type.

Il est aisé de concevoir que certaines d'entre elles revêtent une plus grande importance que d'autres et demandent plus de réflexion dans leur rédaction tant leur application reste délicate. Nous croyons justifié d'insister sur celles qui ont nécessité la mise au point la plus difficile.

L'admission : celle-ci doit à la fois respecter le choix du groupe et les intérêts du nouvel associé. C'est-à-dire d'une part permettre au groupe de ne prendre un associé qu'après avoir fait un essai suffisamment long de collaboration et d'autre part ne pas léser le nouvel entrant pendant cette période probatoire. Celle-ci devrait être au moins de trois mois, mais d'une façon optimale, plutôt six mois. A l'issue de celui-ci doit intervenir un vote de tous les membres du groupe, pour lequel il est préféré en général ; d'obtenir l'unanimité. Cependant certaines associations envisagent d'admettre d'autres modalités de majorité.

Retrait. Si l'admission est une question qui nécessite une très grande prudence, la question du retrait pose des degrés d'appréciation sur les causes qui motivent le départ de l'un des associés.

Dans un groupe tout départ entraîne un déséquilibre dans la marche de l'association. Il est donc nécessaire de distinguer les motifs qui y conduisent. S'il s'agit d'une convenance nettement personnelle sans force d'obligation, il pourra en être tenu compte dans le calcul de l'indemnité à attribuer à l'associé partant.

Tout au contraire s'il s'agit d'une nécessité impérieuse dont dépend l'avenir personnel et familial de l'associé une évolution plus favorable pourra être établie au profit du cédant, sous réserve que son remplacement puisse s'effectuer dans les meilleures conditions. Dans le même esprit, le calcul de la part de clientèle pourra être très réduit à la suite d'un départ provoqué par toute faute grave d'ordre moral ou professionnel. Quelle que soit l'éventualité qui aura décidé le retrait de l'associé, le préavis devra être au moins de six mois.

D'une façon générale la base de la valeur patrimoniale de clientèle est établie sur la moyenne des trois dernières annuités, mais celle-ci, ne peut être prise en entière considération et il semble qu'on s'oriente actuellement vers une réduction de 30 à 45 % de la valeur moyenne annuelle.

Si certaines clauses que nous venons d'évoquer méritent une rédaction tout particulièrement précise, il n'en reste pas moins que malgré la plus extrême prudence ; il pourra surgir des éléments de désaccord. Celui-ci doit être prévu et la recherche de la conciliation doit être obligatoirement évoquée par l'intermédiaire de confrères désignés respectivement par chacune des deux parties. Ce n'est qu'après échec de cette conciliation qu'il pourra être fait appel à la juridiction Professionnelle sans qu'on puisse jamais interdire le recours à la juridiction civile.

Tout ce que nous venons de dire sur ces graves questions de contrat, doit inciter toutes les associations à s'entourer des conseils juridiques les mieux fondés.

- Partage des honoraires

Cette question a été étudiée au début de ce travail et nous en avons discuté les diverses modalités tout en insistant sur les conséquences que pourrait avoir le choix des quotients retenus, compte-tenu de l'influence qu'ils peuvent avoir sur le climat du groupe.

CHAPITRE II.

- Rassemblement des Médecins en zone rurale.
- Implantation des cabinets médicaux au sein des grands ensembles en cours de construction ou déjà construits.
- Les problèmes juridiques posés par ces diverses hypothèses.
- Les sources de financement.
- Les réalisations que ces moyens de financement permettent d'obtenir.

oOo

Quels services peut-on attendre de l'exercice de la médecine en groupe.

Dans les préliminaires de ce travail nous avons essayé de déterminer les principes généraux qui paraissent régir l'éclosion et l'évolution des Cabinets de Groupe, tant du point de vue du médecin que du point de vue du malade. Nous pensons qu'il est intéressant de considérer maintenant la valeur que peuvent représenter les cabinets de groupe dans l'évolution économique et social de notre mode contemporain.

Les différents travaux des économistes mettent surtout en avant dans cette transformation de nos modes de vie deux points plus marqués. D'une part la tendance vers la concentration urbaine de la population. D'autre part une sorte de remodelage de l'implantation des populations rurales qui en fait découle de la même tendance que celle qui provoque la première constatation.

Si ces deux faits dominant bien les grandes lignes de notre civilisation actuelle, la forme d'exercice de la Médecine en groupe préconisée par une partie du corps médical, apporte-t-elle aux populations un meilleur service Médical, et aux médecins plus d'aisance pour faire face à des circonstances de vie nouvelle ?

Il nous faut, croyons-nous, répondre à ces deux interrogations.

Vers quelles structures s'oriente la constitution de nos villes ? Vers des unités d'habitation qui s'édifient, soit à la périphérie de citées déjà existantes mais plus ou moins séparées d'elles ; soit dans des territoires où n'existe aucun des éléments même embryonnaires d'une ancienne agglomération et dont la démographie peut varier de trente à soixante mille habitants, et même davantage. Tous les éléments de cette population "transférée" sont hébergés dans de plus ou moins importants collectifs, sans qu'il soit désormais envisagé d'implanter des logements individuels isolés. Cette nécessité devant laquelle se trouvent les urbanistes de centrer le maximum de population sur un minimum de mètres carrés, fait entrevoir que l'initiative privée ne peut espérer trouver dans ces formes de lotissement des zones de terrain qui laisseraient le champ libre à telle catégorie d'utilisateurs : par une sorte d'axiome, toute l'urbanisation devient planifiée.

Il reste à chercher ce qu'on a pu prévoir pour le service de Santé dans ce qu'on a appelé les grands ensembles. Jusqu'à la circulaire d'août 1961, émise conjointement par le Ministère de la Construction et par le Ministère de la Santé, rien n'était imposé aux promoteurs immobiliers, ni même prévu dans les directives Générales.

Il est facile de constater dans de nombreux compte-rendus qui ont été faits, que les médecins désireux de s'installer individuellement suivant le mode traditionnel se sont trouvés devant d'énormes difficultés :

- ou bien des conditions financières lourdes et injustes leur ont été imposées,

- ou bien ils ont dû se soumettre à des personnages jouant le rôle de Directeur technique de Centres de Santé et contraignant les praticiens à s'incorporer à une "équipe" dont ils n'avaient eux-mêmes choisi aucun des membres, et à se soumettre à une réglementation abusive.

Les réactions du corps médical devant cet état de fait ont été désordonnées et sans recherche d'une action commune réfléchie.

Nous pensons que dans ce cas des grands ensembles déjà en construction ou même construits, la promotion de groupes médicaux organiquement bien définis peut apporter au corps médical des solutions pleines d'espoir. C'est qu'en effet les Praticiens isolés auront une peine beaucoup plus grande d'abord à acquérir un logement qui puisse permettre à la fois l'hébergement familial et l'exercice convenable de la Profession ; ensuite qu'ils risquent de voir s'instaurer avant eux un système de Centres Médicaux qui ne dépendra en rien de la Profession.

Avant d'aborder complètement le problème du Service Médical devant la rapidité de l'urbanisation, nous voudrions en premier lieu considérer la tendance générale du mouvement démographique rural et l'évolution de ce monde rural.

- Rassemblement des Médecins en zone rurale,

L'Association de Médecine Rurale s'est penchée depuis plusieurs années sur ces questions et a eu nettement conscience qu'elles auraient tôt ou tard leurs incidences sur le mode d'exercice Médical. La population rurale voit à la fois ses effectifs se réduire et se concentrer. Le médecin rural souffre plus que quiconque d'un relatif isolement malgré de meilleurs moyens de transport que jadis. Il faut donc que le corps médical envisage de suivre la tendance générale des populations qu'il dessert et qu'il essaie de faire face aux inconvénients de l'éloignement. Nous avons vu que déjà, de leur propre chef, certains médecins avaient esquissé des rapprochements et qu'il en résultait la création de quelques maisons médicales.

L'Association de Médecine rurale a envisagé deux autres modalités de regroupements.

- Inclure dans le statut de l'Hôpital Rural la possibilité d'incorporer les cabinets privés des praticiens d'un secteur déterminé à l'intérieur de l'Etablissement même s'ils n'ont pas réalisé entre eux une Association.

- Dans les zones qui sont dépourvues d'Hôpitaux Ruraux, créer des Centres Sanitaires Ruraux qui n'impliqueraient pas en fait l'obligation de créer entre les Praticiens une association.

Parmi les auteurs de ces projets certains ont voulu préserver l'option de l'individualisme cher au coeur du Médecin français et éliminer toute obligation pour les Praticiens de constituer entre eux un lien juridique quelqu'il soit.

Si on interroge les médecins exerçant habituellement en groupe, ceux-ci ressentent un certain scepticisme devant l'efficacité et l'harmonie de cette cohabitation au sein du Centre Sanitaire ou de l'Hôpital Rural, sans que les responsables de ce service soient unis par une convention quelconque. Il apparaît en effet que les Praticiens, régulièrement constitués en une Société, et formant ainsi une personne morale, auraient certainement plus de poids devant les administratifs, et seraient mieux assurés de connaître entre eux une harmonie beaucoup plus riche et bien plus efficace. Quels que soient les rapports juridiques qui s'établiront entre ces différents Praticiens réunis dans les Hôpitaux Ruraux ou les Centres Sanitaires Ruraux, il est nécessaire de préciser quels seront les liens qui uniront les Médecins soit à l'Hôpital Rural soit au Centre Sanitaire Rural.

Du premier cas il est plus facile de parler puisqu'on en connaît déjà assez bien le statut : celui-ci découle des règlements d'administration publique, cet établissement restant sous le contrôle du Ministère de la Santé, mais bénéficiant de certaines clauses de Droit privé.

Au Congrès de Médecine de Groupe, tenu en mai 1963 à TOULOUSE, Monsieur MIGNON a présenté une étude très intéressante sur cette question, ainsi que le Docteur ARSONNEAU au Congrès de Médecine Rurale en juin 1963. Dans les hypothèses considérées les praticiens isolés ou groupés verseraient une somme correspondant à la location des locaux occupés et du matériel, ainsi qu'une redevance forfaitaire pour les prestations du personnel. La durée envisagée pour ces baux n'est pas aussi longue que nous le souhaitons plus haut ; mais dans le rapport rédigé par M. MIGNON celui-ci semble vouloir établir une discrimination entre le cas des confrères se présentant en isolés devant la Commission Administra-

trative et celui, au contraire, de médecins ayant au préalable de leur entrée à l'Hôpital Rural constitués une Société Civile, peut être même à forme coopérative. Dans ce dernier cas l'auteur du rapport reconnaît que cette Société de médecins présentant elle-même une certaine pérennité, il lui serait possible de se voir concéder un contrat de location d'une durée beaucoup plus considérable. Il est certain que la Constitution d'une telle Société entraîne pour les médecins, comme pour l'Administration, une sécurité et une continuité dont nous avons déjà mis en avance les avantages en recherchant les caractéristiques des cabinets de groupe.

Monsieur MIGNON se pose la même question que celle que nous nous posons au sujet de la valeur des annuités de Loyer. Il reconnaît lui aussi la difficulté de l'échelle mobile, et penche vers une révision annuelle sans préciser les références auxquelles on pourra avoir recours, tout en faisant prévoir une clause de conciliation au cas de divergences entre les parties. D'autres points mériteraient d'être étudiés sur cette ouverture de l'Hôpital Rural aux cabinets privés des Médecins. Ils s'éloignent de nos préoccupations du statut locatif qui leur sera réservé mais ont cependant leur importance ; le plus considérable sera peut être celui du choix des candidats au cas où tous les postulants ne pourraient être accueillis par suite de la limitation des locaux. Dans le cas même où un groupe se constituerait pour exercer à l'intérieur de l'Hôpital, tant au point de vue exercice externe qu'au point de vue exercice interne, il pourrait arriver qu'un médecin isolé veuille bénéficier des avantages du cabinet Médical à l'Hôpital Rural sans entrer dans le système du Groupe. C'est une hypothèse qui n'est pas impossible et qui pourra demander un "modus vivendi" assez délicat.

Les projets des Centres Sanitaires Ruraux retiendront moins notre attention, parce que, à notre connaissance, aucun n'a encore été complètement réalisé. Tels qu'ils ont été définis au Congrès de Cluny par le Docteur MICHAUD et Monsieur MIGNON, en particulier, leur conception posera des problèmes similaires à ceux que nous venons de passer en revue à propos des Hôpitaux Ruraux. Une question supplémentaire devra probablement être résolue par les Médecins : celle d'une participation dans la Société d'Economie Mixte qui aura été le promoteur de l'immeuble ; et les mêmes chapitres des relations entre les Médecins et la Société d'Economie Mixte seront à aborder avec netteté et prudence. Il est permis de penser que si le statut des cabinets médicaux privés inclus au sein de l'Hôpital Rural voit rapidement le jour, cette formule se développera plus rapidement parce que beaucoup de localités auront le bénéfice du nouveau statut hospitalier et d'autre part cette conception paraîtra plus nette aux Praticiens et ne leur demandera aucun engagement financier.

Il est probable que seuls les faits d'expérience pourront permettre de départager les deux conceptions, mais on peut présumer que si le corps médical prenait une option pour la forme de la Médecine de Groupe et s'il trouvait commodément les capitaux nécessaires, la création de centres Médicaux Ruraux pourrait être assez rapidement envisagée dans de très nombreux secteurs.

Les questions soulevées par l'exercice Médical dans les milieux urbains découvrent des difficultés plus considérables à résoudre.

- L'implantation des cabinets médicaux au sein des Grands Ensembles déjà construits ou en cours de construction.

Dans l'exergue de cette deuxième partie nous avons rappelé que les textes régissant l'urbanisation avaient ignoré jusqu'en août 1961 les nécessités de "médicaliser" ces nouveaux ensembles de grands immeubles. La médecine individuelle n'y avait pas davantage sa place que la Médecine de Groupe. En fait, après coup, c'est à cette forme de Médecine qu'ont fait appel certaines Sociétés, car il leur a fallu, soit créer un Centre Médical en dehors des immeubles déjà édifiés, soit incorporer celui-ci tant bien que mal dans une tranche du Centre Commercial ce qui, à beaucoup d'égards, ne manque pas d'entraîner de graves inconvénients. Mais surtout cette centralisation de l'équipement Médical et des Praticiens mis à la disposition de la Population s'est effectué sans qu'intervienne le corps médical et qu'il puisse ainsi choisir les locaux, les méthodes et les responsables, et surtout ses propres associés.

La solution la moins désagréable pourrait être celle qu'a acceptée le Docteur BEAUPERE et qu'il a signalée pour la première fois dans son rapport présenté au Congrès de l'A.M.U. à Marseille en mars 62 et que nous avons rappelée très succinctement. Elle est caractérisée par l'utilisation des locaux non terminés prévus pour une implantation commerciale et concédés par l'office HLM à un ou plusieurs médecins après autorisation des Ministères de tutelle. Cette entente entre le corps Médical et les promoteurs de la construction comprend deux opérations différentes. L'une est du ressort des investissements et concerne la finition et l'aménagement des locaux. L'autre détermine le statut d'usage des appartements concédés et prend la forme de statut locatif. Celui-ci doit être particulièrement étudié, aussi bien dans le cas d'un médecin isolé, bénéficiaire ainsi à la fois d'un logement familial et de pièces réservées à la Profession, que dans le cas d'un groupe de plusieurs médecins bénéficiant seulement de l'usage professionnel sans faire intervenir la notion d'habitation personnelle.

LES PROBLEMES JURIDIQUES DANS LE STATUT LOCATIF DES CABINETS DE GROUPE.

Nous avons laissé entendre au cours de notre étude que - juridiquement - la solution la plus simple et la plus sûre, pour la réalisation des Maisons Médicales de groupe était la propriété exclusive détenue par les Médecins.

Si ce statut de propriété paraît apporter toutes garanties, nous l'avons vu précédemment, il nécessite la prise de responsabilité d'un financement assez lourd.

Il est vraisemblable que dans un assez grand nombre de cas et tout particulièrement dans les zones urbaines l'effort financier détournera le corps médical de cette forme de propriété qu'elles qu'en soient les modalités. Le statut locatif pose des problèmes qui demandent d'autant plus de réflexion que les Praticiens trouveront en face d'eux des Sociétés dont l'ampleur entraînera un rapport de forces très inégal entre elles et leurs locataires. Nécessité donc apparaît d'essayer, autant qu'il se peut, de codifier les clauses essentielles qui sauvegarderont l'indépendance et la sécurité de l'installation. Il est bon de constituer une Société régulièrement établie, le plus souvent Société Civile ou Société Civile Coopérative, qui sera titulaire du bail. Nous ne pouvons oublier les difficultés qu'ont connues les premières associations dont les locaux se trouvaient être loués au nom d'un seul des confrères. Cette société officiellement constituée doit s'assurer d'une durée de bail suffisamment longue pour permettre le développement normal d'un groupe médical et assurer sa permanence.

Il apparut à beaucoup d'auteurs qui ont réfléchi sur cette question que, dans le cas le plus fréquent où les confrères groupés auront affaire à un office public le but recherché devra être l'obtention d'un bail amphitéotique. C'est à cette condition seulement que les Praticiens seront dégagés de tout souci de sécurité ou de surenchère.

S'il s'agit d'une Société privée, et que ne puisse être obtenu le statut précédent, tous les efforts devront tendre à l'octroi d'un bail dépassant la durée la plus longue d'un exercice professionnel normal - par exemple - trente à quarante ans. Des délais plus courts paraissent très insuffisants et ne garantissent pas la pérennité de l'action envisagée dès la création de ce groupement. Le cahier des charges de cette location doit faire état des conditions d'exercice de la Médecine et de tout ce qu'elles comportent comme servitudes. C'est là une des causes qui motive encore plus nettement la conception du groupe médical logé dans un immeuble indépendant et non "incorporé" dans les logements d'un grand ensemble, ou même dans la sphère réservée au Centre Commercial. Il sera bon de juger également des périodes auxquelles pourront être révisés les indices des prix et quels sont les éléments qui devront en être les bases les plus justes. Il importe de repousser toute similitude avec les baux commerciaux ou avec les locations réservées à l'habitation. L'expérience prouve qu'aucun point commun ne peut être trouvé avec ces différentes catégories.

Ce seront là conditions qu'un Médecin isolé ne saurait obtenir dans l'état actuel de la législation qui régit les loyers concédés aux Professions libérales.

Mais les règlements veulent que ces appartements soient réservés à l'habitation et le plus généralement à des catégories de locataires dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Dans le cas où une dérogation permettrait de louer un appartement en vue de l'installation d'un groupe, celui-ci ne pourrait comprendre au plus que trois médecins, s'il s'agit encore d'un appartement de 6 pièces de grand standing. Même dans ces conditions la disposition ne serait guère adéquat pour l'organisation d'un local professionnel.

Dans certains appartements en accession à la propriété où l'usage professionnel n'est pas interdit par le règlement de copropriété, ou par le cahier des charges, s'il s'agit d'une Z.U.P. deux hypothèses sont possibles.

Soit par l'usage mixte : logement et cabinet professionnel chaque confrère exerçant ainsi chez lui.

Soit usage uniquement professionnel avec l'autorisation préfectorale.

En dehors, des logements, reste possible, à la rigueur l'installation dans un local réservé à usage professionnel (commercial le plus souvent), après d'importants travaux d'adaptation : c'est le cas du Docteur BEAUPERE évoqué plus haut. Peut être serait-il possible, après entente avec les constructeurs, de réserver

ver soit des étages, soit des secteurs d'immeuble, avant construction, en vue d'usage strictement médical, en faisant en sorte que l'exercice médical ne risque pas d'être gêné par la promiscuité.

L'idéal reste donc, là encore, la maison médicale indépendante construite dans le centre commercial, ou à côté, sur un terrain vendu aux médecins, à moins qu'il n'existe un lotissement prévu à cet effet dans la cité.

En résumé, pour le Docteur BEAUPERE il n'existe en pratique, dans les grands ensembles que deux possibilités.

1 - La construction d'une maison médicale autonome soit dans l'ensemble commercial, soit dans un lotissement, soit enfin sur un terrain particulier situé dans l'ensemble et cédé aux médecins dans ce but.

2 - L'utilisation d'un local destiné à l'usage professionnel, local loué ou vendu à un stade de construction peu avancé, mais malheureusement très intriqué au sein des logements.

Pour réaliser au mieux ces modes d'installation il ne faut pas oublier que les pouvoirs publics déterminent, plusieurs années avant l'édification des ensembles immobiliers "des zones à urbaniser en priorité" (Z.U.P.). Les ministères de la construction et de la santé doivent donc prévoir dans ces zones les terrains nécessaires à l'équipement médical. La circulaire interministérielle évalue les besoins médicaux à UN médecin pour 1.000 à 1.300 habitants. En pratique il serait préférable de retenir comme chiffre UN omnipraticien pour 2.000 à 2.500 habitants, avec des modifications à prévoir selon la situation du grand ensemble. S'il touche ou est englobé dans une ville, les médecins alentour y étendront en partie leur clientèle : les malades continueront à faire appel à leur médecin antérieur.

L'établissement d'un cabinet de groupe n'est donc possible que dans une zone comptant environ 4 à 5.000 habitants. L'implantation du groupe y sera d'ailleurs assez progressive car, si pendant les premières années les habitants de la zone nouvellement construite font appel aux médecins de l'extérieur, les habitants des quartiers proches feront pratiquement peu appel au groupe.

Pour l'installation d'un cabinet de groupe dans les Z.U.P. l'option doit être immédiate, dès la désignation de la zone et par conséquent plusieurs années avant la construction. De ce décalage entre le moment du choix et l'installation naissent des problèmes pour la constitution nominale du groupe et pour le financement. Les médecins déjà installés, ayant travaillé souvent dans des conditions difficiles pour constituer leur clientèle, n'abandonneront pas celle-ci pour recommencer la lutte, même en équipe, quelques années

plus tard. Il n'y a donc que les futurs médecins, encore étudiants qui seraient aptes à choisir plusieurs années auparavant leur lieu d'exercice. Mais il leur faudra déjà s'associer et se posera le problème du financement. Ils devront bénéficier des prêts remboursables à longue échéance.

Pour résoudre ce problème dont l'ampleur est importante l'idéal est donc la création d'un organisme médical ou paramédical, à but non lucratif, disposant des moyens nécessaires pour résoudre les problèmes posés et constituant un interlocuteur médical approprié, apte à défendre les valeurs professionnelles. Cette société serait nationale pour faire face à l'ampleur des problèmes, pour établir un programme d'équipement et en garantir l'exécution.

En juin 1963 plusieurs organismes se sont réunis et ont décidé de créer cette société qui porte le nom de COOPEREM soit : Société Coopérative pour l'Etude et la Réalisation des Equipements Médicaux.

Cette société est formée par l'association de huit organismes se sont :

- La Confédération des Syndicats Médicaux.
- L'Association Nationale de la Médecine de Groupe.
- L'Association de la Médecine Rurale.
- L'Association de la Médecine Urbaine.
- La Fédération Nationale des Etudiants en Médecine.
- Le Centre de développement Coopératif.
- La Caisse Centrale de Crédit Coopératif.
- L'Association Générale des Médecins de France.

Cette société se propose :

1 - de faire les études préliminaires pour déterminer les besoins médicaux et prendre contact avec les médecins voisins candidats possibles.

2 - d'obtenir du promoteur du grand ensemble la réservation du terrain ou des locaux professionnels (alors que les futurs médecins sont encore pour certains en Faculté).

3 - d'Etudier les plans, d'établir un devis, de prévoir les statuts de la future association médicale et le plan de financement.

Elle laisse évidemment aux médecins le soin de choisir leurs associés.

Si cet organisme prend l'ampleur que nous pouvons espérer, les médecins français auront trouvé un moyen précieux de faire face

à la fois aux nouvelles nécessités de l'Exercice de l'Art Médical et aux conditions actuelles de notre Société. Ils resteront juges et maîtres des modalités à adopter dans notre Profession.

Ne peut-on ainsi être enclin à conclure que dans le grand mouvement d'urbanisation caractéristique de notre Société contemporaine, il apparaîtra de plus en plus souhaitable de voir les médecins s'unir et se réunir pour constituer ces flots de défense de la santé qui deviendront en fait les flots de défense de notre médecine traditionnelle.

oOo

LES SOURCES DE FINANCEMENT

Que ce soit dans les milieux ruraux ou dans les milieux urbains, nous avons pu constater avec évidence que le grave écueil que rencontraient les médecins pour mieux s'équiper était l'importance du problème financier. Nous l'avons évoqué déjà dans quelques passages. Il faut essayer maintenant de cerner le problème.

Nous voudrions d'abord redire ce que nous avons noté au cours de cette étude : ce désir des Praticiens de mieux organiser leur Profession et dont la réalisation demande des investissements élevés n'apporte aucun bénéfice supplémentaire à ceux qui ont décidé d'en accepter la charge ; bien au contraire les perfectionnements dont les Praticiens vont se doter vont être cause pour eux de frais généraux accrus, sans que pour celà, les Honoraires demandés soient majorés du moindre décime. Hormis un agrément et une sécurité indéniable gagnés dans cette forme nouvelle d'exercice, le Médecin n'y retrouve aucune rentabilité adaptée à l'ordre de grandeur des capitaux engagés, et, l'on peut même constater que l'amélioration de la Productivité, telle qu'elle a été définie pour les Professions libérales, profite plus à la Société, c'est à dire aux malades et aux organismes qui en ont la charge, qu'aux médecins eux-mêmes.

Ce préambule était nécessaire pour expliquer les réticences de la majeure partie du corps médical devant les Problèmes Financiers. Dans cet effort d'investissement les médecins n'aperçoivent pas la même satisfaction à rechercher que tout apporteur de capitaux dans une affaire commerciale ou industrielle. Cette différence est essentielle ; elle explique les efforts que les dirigeants des mouvements médicaux ont poursuivi pour trouver à leur disposition des crédits monétaires dont le taux serait compatible avec la modicité de leurs bénéfices.

Notre premier souci après ce préliminaire qui essaie de caractériser la situation du Médecin dans l'échelle du Standing des différentes Professions, sera de noter approximativement l'ordre de grandeur des investissements qu'un associé doit prévoir dans un groupe pour apporter sa contribution à l'édification d'une Maison Médicale. Les chiffres qui ont été donnés dans des enquêtes faites par l'A. N. M. G. sont très variables suivant la conception qui a présidé lors de la confection des plans du Centre Médical, et, ils varieront encore davantage si on veut comparer les prix atteints en milieu urbain ou en milieu rural. Bornons-nous à faire état des valeurs extrêmes indiquées par les quelques groupes interrogés : 50 à 100 000 francs. Ces chiffres traduits en francs actuels ont reçu également le correctif approximatif faisant état de l'évolution des prix depuis l'édification des premières Maisons Médicales.

Il est bien certain que cette mise de fonds entraîne pour la plupart des jeunes médecins la recherche de prêteurs pour suppléer à leur trésorerie démunie. Certains ont la possibilité de trouver dans leur entourage familial ou amical des sommes qui peuvent leur être concédées à des taux acceptables et pour des durées suffisantes. Les médecins déjà installés et décidés à fonder un Centre Médical de groupe, peuvent parfois faire face eux-mêmes.

Dans les milieux ruraux, peut être plus que dans les milieux urbains, peuvent être contractés des emprunts, hypothécaires ou non, entre particuliers. L'appel à ces ressources provenant de particuliers est tout de même le mode le moins fréquent et très tôt les médecins durent faire appel aux crédits bancaires.

Ceux-ci se sont révélés immédiatement d'un taux très élevé, mais ont permis à d'assez nombreux confrères d'obtenir rapidement les capitaux indispensables à leur installation. Les médecins groupés dont l'organisation se révélait plus onéreuse cherchèrent à obtenir des taux d'intérêts moins élevés et des prêts d'une durée plus longue. Les règlements imposés aux organismes bancaires, et les habitudes pratiquées par ces établissements empêchèrent d'obtenir satisfaction. Cette inadaptation des taux bancaires à la rentabilité de la Profession Médicale empêcha beaucoup de confrères de se grouper au sein d'une Maison Médicale, et contraignit beaucoup de groupes à abandonner l'idée d'édifier un centre bien outillé.

L'idée vint à certains de se tourner vers les fonds publics, et les premiers sollicités furent ceux du Fonds d'action Sanitaire et sociale des Caisses de Sécurité Sociale, mais la législation ne leur permettait pas de venir en aide aux initiatives privées.

On étudia la constitution de Sociétés d'Economie Mixte dont le médecins eux-mêmes auraient été l'un des participants ; mais de grosses difficultés juridiques surgirent, risquant de mettre en péril

l'indépendance des Médecins et l'idée ne fut guère mise en pratique. Il n'était possible de bénéficier de certains apports de fonds public qu'à la condition de constituer, au préalable, des Sociétés Civiles Médicales, ou d'avoir recours à la précédente forme de S. E. M. au sein de laquelle la S. C. M. deviendrait participante. De quelles sources le corps Médical pouvait-il bien bénéficier ? parmi les fonds publics susceptibles de lui être accordés.

Nous avons vu qu'il était quasi impossible de faire bénéficier les Médecins, ou même les Sociétés de Médecins, d'une part des ressources du Fonds d'action sanitaire et social. Il apparaissait aussi difficile et aussi dangereux de faire appel aux Réserves de l'Union Mutualiste. Quelques uns pensaient sans trop vouloir le proclamer, que la Profession Médicale aurait pu trouver en elle-même une part des capitaux nécessaires à l'édification des centres de groupe. Il s'agissait des réserves constituées par la C. A. R. M. F. Mais, contrairement à ce qui s'était passé dans d'autres professions, la question n'avait jamais été largement envisagée, et cet organisme ne semblait pas habilité à effectuer des prêts à des particuliers.

Quels taux d'intérêts toutes ces formules privées hypothécaires ou bancaires atteignaient-elles ? Les calculs des diverses modalités donnaient des chiffres d'intérêt voisins de huit pour cent dans les conditions les moins favorables.

Les Etablissements les plus souvent sollicités pourraient être l'U. F. B., la C. F. E. C. et le Crédit hôtelier dont est issue la M. A. T. R. A. D. E. M. destinée à aider au financement de l'acquisition du matériel. Il est facile de considérer que les charges annuelles des prêts consentis à de tels taux se révélaient lourdes pour les Praticiens.

La Caisse Centrale de Crédit coopératif offre une autre modalité financière pour ceux qui ont adopté le statut coopératif. Cette forme de financement paraît aujourd'hui donner les facilités que demandait le Corps Médical, d'une part celle d'un intérêt faible compatible avec les ressources habituelles d'un Praticien, d'autre part celle d'un amortissement sur une durée assez longue. Par ailleurs la réglementation qui régit la Caisse Centrale de Crédit Coopératif peut permettre à celle-ci de bénéficier de sources de capitaux dont les groupes Médicaux ne pourraient bénéficier sans son intermédiaire. Pour bien saisir les avantages de cet établissement bancaire, il convient que nous ouvrions un chapitre spécial pour analyser les bases juridiques qui régissent en France le statut coopératif.

Le statut Coopératif.

La société civile coopérative.

Dans une étude récente publiée par Monsieur THIERCELIN Directeur du Centre d'Etude pour le développement de la Coopération, nous trouvons une excellente définition de la Coopération. Les termes en ont été choisis par un médecin le Docteur FAUQUET qui fut longtemps le chef du Bureau de la Coopération au Bureau International du Travail à Genève.

"Les Coopératives sont des associations de personnes unies librement dont les membres poursuivent la satisfaction de leurs besoins personnels familiaux ou professionnels au moyen d'une entreprise commune, à leur avantage et à leurs risques sur la base de l'égalité de leurs droits et de leurs obligations."

Ces principes ont été codifiés en France par la loi du 10 septembre 1947, pour aider à mettre en oeuvre sur le plan juridique les principes spécifiques de la coopération. Les sociétés coopératives sont donc des Sociétés Civiles ou anonymes à capital et personnel variable.

Deux groupes différents de coopératives ont été établis : les Coopératives distributives et les Coopératives productives.

Monsieur THIERCELIN précise, dans l'examen qu'il fait de cette question, que les coopératives constituées entre Médecins, si elles entrent dans la catégorie des coopératives Productives, ne peuvent se classer dans aucun des cadres actuellement établis.

Il a donc fallu procéder à des études, avec l'aide du Conseil de l'Ordre et la Confédération, pour définir à ces nouvelles coopératives d'une Profession très particulière leur cadre propre.

Il a été admis que la forme juridique choisie serait celle de Société Civile Coopérative. Cette conception juridique ne requiert que des formalités de constitution et de publicité réduites : simple acte sous seing privé enregistré lorsqu'il n'y a pas d'apport immobilier ; elle peut être constituée avec seulement deux membres.

L'objet principal de cette société est la location, l'achat, la construction et la gestion d'immeuble. C'est là un objet civil qui permettra que la société ne soit pas commerciale et donc ne puisse être mise en faillite. A cette forme civile de cette société

s'ajouteront bien entendu les principes spécifiques de la coopération qu'il nous faudra développer un peu plus loin.

Ne peuvent faire partie de ces coopératives professionnelles que des médecins régulièrement inscrits au Tableau de l'Ordre. Ces Médecins se seront librement choisis au départ ou bien auront coopté à la suite d'autres associés ?

L'objet de ces sociétés sera de faciliter exclusivement l'exercice Professionnel de chacun des Membres, en mettant en commun tous les moyens matériels nécessaires, sans qu'elles puissent en quoique ce soit assumer elles mêmes aucune des missions imparties exclusivement aux Docteurs en Médecine. Le but ultime est donc bien de créer en commun un excellent outil de travail à la disposition de chacun et au même degré.

A l'actuel contrat d'association le plus souvent établi entre les médecins, se substitue un règlement intérieur qui est issu des statuts de la coopérative. Ceux-ci satisfont pleinement aux principes essentiels de la Déontologie. Ils sauvegardent l'indépendance totale et les conditions de l'exercice lui-même sont précisées dans un règlement intérieur qui ne donne pas lieu à une publicité officielle.

Chaque médecin se présente sous son nom à la clientèle et assume son entière responsabilité ; le libre choix est strictement respecté et les honoraires restent propres à chaque médecin. La création d'une masse commune d'Honoraires entre médecins de même discipline est facultative. Ce sont ces causes essentielles qui sont déposées et portées à la connaissance du public. Toute l'organisation intérieure traduite dans le règlement reste dans le cercle des Sociétaires et peut-être déposée au Conseil de l'Ordre.

Nous retrouvons ici, à ce stade de l'étude de Monsieur **THIERCELIN**, la constatation déjà évoquée que la création d'une coopérative aux lieu et place d'un simple contrat d'association, doit faciliter la conclusion des baux de location, notamment avec les offices d'H. L. M.

Un paragraphe mérite d'être attribué aux principes essentiels de la coopération. Ils sont au nombre de cinq que notre auteur énumère sous les vocales suivants :

- but non lucratif
- non discrimination
- gestion démocratique
- variabilité du capital
- solidarité

avant même d'effectuer quelques commentaires sur chacun d'eux, nous pouvons nous permettre de constater que ces principes, ainsi que la définition cadre de la coopération établie par le Docteur FAUQUET et citée plus haut, traduisent très exactement les buts recherchés par les premiers médecins constitués en groupe, ainsi que les moyens adoptés intuitivement pour y parvenir. C'est sous entendre qu'il était concevable d'appliquer à la médecine la forme coopérative sans en altérer en quoique ce soit les qualités indispensables et traditionnellement maintenues.

Le but non lucratif de chaque coopérative veut préciser que la constitution de celle-ci n'entraîne pas un bénéfice dans son activité même qui n'est autre que de fournir le meilleur moyen de travail à chaque médecin. Les coopératives sont des sociétés de personnes et non des sociétés de capitaux. La rémunération du capital est donc limitée par la loi à 6%. Les médecins versent à la société coopérative des redevances personnelles pour couvrir ses frais et charges et suppléer en quelque sorte son manque d'activité. S'il existait des excédents de redevances, ceux-ci seraient reversés à chaque médecin proportionnellement aux sommes qui lui incombait. La loi précise l'obligation d'une affectation collective des réserves et des plus values qui ne peuvent jamais être partagées entre les associés ni pendant le cours de la Société, ni même au cas de dissolution. Il ne peut donc y avoir de réévaluation de capital et à celui qui demande le remboursement de ses parts, celles-ci lui sont obligatoirement reversées à leur valeur nominale.

Cependant une clause toute particulière aux coopératives Médicales a été prévue, concernant l'affectation de l'actif net en cas de dissolution : celui-ci pourra être réparti entre les associés, après avis favorable du Conseil Supérieur de la Coopération, par arrêté du Ministère de la Santé Publique et de la Population et du Ministère du Travail.

Par contre le retrait d'un associé s'effectue par la transmission des parts à un successeur, lesquelles seront cédées à ce dernier à une valeur librement débattue entre les deux parties. Dans ce cas l'évaluation tiendra compte à la fois des investissements réalisés et de la valeur patrimoniale de la clientèle. Un correctif est apporté qui devra jouer entre ces deux solutions extrêmes. Au cas où un successeur ne peut être trouvé, empêchant ainsi de négocier la valeur patrimoniale de la clientèle aussi bien que le coût des investissements, il est prévu que dans ce cas la coopérative devra verser à l'associé partant une indemnité qui sera fonction à la fois du montant des Honoraires de l'associé et du temps de présence dans la coopérative.

De ce fait toute injustice sera difficilement possible et les associés bénéficient entre eux de solides garanties financières.

- non discrimination.

Nous retrouvons dans cette clause un principe que les Médecins de groupe ont eux-mêmes adopté empiriquement et par expérience depuis les premières fondations, celui de l'admission de tout confrère quelles que soient ses opinions politiques ou religieuses.

- Gestion démocratique

Là encore nous retrouvons une règle adoptée instinctivement par les premiers médecins réunis en groupe : chaque coopérateur ne dispose que d'une voix quelque soit le montant du capital qu'il détient. De plus les coopérateurs gèrent eux mêmes leur coopérative, et l'un d'eux est désigné comme administrateur.

- Principe de la variabilité du Capital

On a vu que les coopérateurs doivent toujours avoir la double qualité d'associé et d'usager. Ainsi un étranger à la profession ne peut pas s'immiser dans la coopérative et en tirer un bénéfice. Mais pour entrer dans la coopérative, si tout médecin doit être préalablement inscrit au Conseil de l'Ordre il doit en outre être choisi à l'unanimité des autres participants ; ce choix peut être définitif qu'après un stage suffisamment long effectué dans le groupe, pour ainsi mieux s'étudier et s'engager en toute connaissance de cause.

Mais aucun médecin ne peut participer à l'activité du groupe s'il n'est membre de la Société Coopérative. De même nul ne peut être contraint de rester associé de la coopérative. C'est ainsi que tout coopérateur garde la liberté de se retirer quand bon lui semble, avec les restrictions prévues dans les statuts, de telle manière que tout départ irréfléchi sans successeur assuré et agréé par les autres associés, ne permet plus au partant d'exiger le remboursement de ses parts à une valeur autre que la valeur nominale. Il est donc nécessaire à tout associé désireux de quitter la coopérative, de bien prévoir un successeur qui acquerra les parts à leur valeur vénale.

D'autre part tout associé partant sans présenter un successeur agréé, ne peut prétendre se voir rembourser la part d'emprunts dont il est responsable pendant un délai maximum de cinq ans.

- Solidarité

Celle-ci a existé de tous temps dans les groupes médicaux, et se trouve être l'une des pierres d'angle du nouvel édifice. Celle-ci est le plus souvent concrétisée par la mise en commun totale ou

partielle des honoraires, ainsi que par la repartition du remboursement des emprunts contractés par la coopérative. On peut évoquer l'extension de cette solidarité dans la création d'une Caisse de retraite complémentaire intercoopérative. Des services communs à toutes les coopératives de groupe pourront être créés pour mieux assurer toutes les demandes de documentation ; et même la création de services d'achat en commun. Des participations pourront être envisagées aux organismes centraux de la coopération, notamment au Conseil supérieur de la Coopération qui est directement rattaché à la Présidence du Conseil. Dans l'étude rédigée par Monsieur **THIERCELIN** et qui représente une très riche documentation cet auteur écrit :

"Les contrats d'association utilisés jusqu'à présent par les médecins pour leurs groupements étaient déjà des coopératives de fait".

Cette phrase explique très nettement les raisons qui nous ont fait découvrir peu à peu combien le statut coopératif s'appliquait aisément aux formes initiales de la Médecine de Groupe, et combien l'idéal que s'en faisaient les pionniers est superposable à celui qu'ébauchaient les promoteurs de la coopération.

Nous avons déjà étudié les problèmes de financement que posait l'instauration des groupes médicaux. Il nous faut voir maintenant cette question en fonction de la forme coopérative et avec les avantages qu'elle semble devoir apporter aux médecins.

Les avantages que nous allons devoir préciser tiennent essentiellement dans le fait que les coopératives ont fini par obtenir leur propre organisme de financement, doté d'un statut légal spécial, qui le soumet à la tutelle de l'Etat.

Il s'agit de la Caisse Centrale de Crédit Coopératif possédant des fonds propres ou empruntés auprès du Trésor ou auprès d'organismes ou personnes privées. Cette caisse peut donc consentir des prêts à moyen terme ou à long terme, ou même faciliter au moyen d'escomptes ou d'aval, l'accès aux crédits bancaires que les sociétés coopératives n'auraient pu obtenir sans sa caution. Chaque mouvement coopératif fait l'objet d'une section particulière au sein de la caisse centrale de crédit coopératif, et possède ses propres ressources et fonds de garantie, si bien que l'indépendance de chacune est respectée. C'est ainsi que la Caisse Centrale de Crédit Coopératif a été autorisée par le Ministère des Finances à consentir, à titre d'expérience, des prêts à long terme aux coopératives professionnelles Médicales au moyen de l'avance de 3.000.000 mise à sa disposition par la C.A.R.M.F. Par ailleurs cette caisse peut également consentir à ces coopératives Médicales des prêts à moyen et à long terme en accord avec le Crédit Foncier et le Crédit National.

La généralisation de ces prêts, accordés par la Caisse Centrale de Crédit Coopératif ne pourra être effective que lorsqu'un décret l'autorisera à effectuer de telles opérations au profit des coopératives professionnelles Médicales, et lui permettra de bénéficier en leur faveur des ressources du Fonds de développement économique et Social attribuées au titre du Ministère de la Santé. Un projet de décret a été déposé dans ce sens.

Modalités de financement des Maisons Médicales

Monsieur THIERCELIN envisage quatre hypothèses qui semblent prévoir le maximum de cas possibles

- Double société : Société civile Immobilière et Société Coopérative Professionnelle.

Par auto financement, des médecins exerçant depuis plusieurs années peuvent créer entre eux une Société Civile Immobilière dont l'objet sera l'achat ou la construction de la Maison Médicale, et sa location à la coopérative professionnelle c'est le cas de la plus ancienne association, celle de SABLE. La société civile immobilière louera à la Société coopérative uniquement les murs.

Il sera prudent et normal de prévoir que statutairement les Sociétaires doivent être les mêmes dans les deux organisations. Dans ce cas c'est à la coopérative qu'incombera l'aménagement des locaux et l'achat du matériel. Et c'est pour cet objet que la Caisse Centrale de Crédit Coopératif consentira des prêts qui permettront aux médecins de compléter la somme qui leur manquerait.

- Société unique

- Société coopérative Professionnelle Constructrice

Dans le cas où les médecins membres du groupe ne disposent d'aucun apport personnel suffisant pour faciliter l'édification de la Maison Médicale, c'est la coopérative elle-même qui réalisera la construction, les prêts accordés pourront couvrir jusqu'à 80% du coût total de l'immeuble et de ses installations. Plusieurs maisons médicales vont déjà bénéficier de ce système, toujours grâce aux avances de la C. A. R. M. F.

- Société Coopérative Professionnelle Locataire d'H. L. M.

Il sera possible à cette Société de devenir locataire d'un appartement ou de plusieurs appartements du type H. L. M. ou dans un grand ensemble d'un standing différent.

Cette Société - comme dans le premier cas - se chargera de la finition et de l'aménagement des locaux et obtiendra à cet effet les prêts de la Caisse Centrale.

- Société Coopérative Immobilière Mixte

Elle pourra être constituée, par exemple, dans le cadre des accords F. N. O. S. S./CONFEDERATION. Cette conception permettrait de faire bénéficier les Médecins du Fonds d'Action Sanitaire et Social, par l'intermédiaire de cette forme de Société dont il est prévu qu'elle peut prendre la forme coopérative.

Dans ce cas quelque soit le nombre de participants qui seraient appelés à y participer le principe de la gestion démocratique jouerait favorablement dans le sens d'un équilibre des diverses influences au sein de cette Société Immobilière.

Celle-ci consentirait un bail à la Société Coopérative Professionnelle de Médecins qui pourrait, elle aussi, bénéficier des ressources de la Caisse Centrale de Crédit Coopératif pour assumer la charge d'aménagement des locaux et d'acquisition du matériel.

AVANTAGES de l'APPLICATION du STATUT COOPERATIF à la MEDECINE de GROUPE.

Il apparaît hors de doute que le statut juridique de la Société Coopérative est plus rigide par certains côtés que la conception habituelle de celui de l'Association, mais il présente une beaucoup plus grande sécurité. En fait il ne modifie guère les traditions déjà adoptées par les Médecins de Groupe.

Nous l'avons vu, celles-ci sont intégralement retrouvées dans le Statut Coopératif. L'application de la conception coopérative permettrait aux médecins d'organiser eux-mêmes les formes nouvelles d'exercice de la Médecine. Elle éliminerait de toutes les Sociétés Professionnelles Immobilières les personnes étrangères au corps médical.

Elle permettrait de mieux faire face aux questions financières qui se posent forcément lors de toute innovation. Elle garantirait la Profession en général de l'instauration et de la conservation de moyens de travail que pourraient aisément se transmettre et perfectionner les générations.

EXEMPLES DE MAISONS MEDICALES EDIFIEES A L'AIDE DU FINANCEMENT PAR LA CAISSE CENTRALE DE CREDIT COOPERATIF

Pour mieux illustrer l'ordre de grandeur des investissements nécessités par la construction d'un Centre Médical de Groupe, et donner de façon précise l'importance des amortissements correspondants il nous paraît intéressant de donner le "planing" financier de trois créations en cours, chacune correspondant à une des trois premières modalités que nous avons décrites.

S : Double Société : Société civile Immobilière et Société Professionnelle coopérative.

T : Une seule Société, Société coopérative Immobilière et Professionnelle.

N : Société Coopérative Professionnelle locataire d'une Société de Construction ou d'une administration.

Voici les tableaux donnant les chiffres prévus pour chacune de ces maisons médicales.

oOo

TABLEAU REMBOURSEMENT : PRET 350.000 francs - 15 ans ainsi réparti

(exemple de S)

C. A. R. M. F. : 233.000 à 5,59 %
 Mutualité Agricole : 117.000 à 3,50 %
 franchise remboursement : 1 an
 6 médecins

	1ère année	2ème	5ème	6ème	9ème	10ème	14ème	15ème
Cap. C. A. R. M. F.	0	26.000	26.000	26.000	26.000	26.000		
Cap. Mutualité Agricole	0	0	0	0	0	0	23.400	23.400
Intérêts	18.000	16.600	12.100	10.600	6.100	4.600	1.180	400
Taxes	500	460	340	300	100	140	33	11
Total	18.500	43.060	38.440	36.900	32.280	30.740	24.653	23.811
Par médecin	3.100	7.100	6.400	6.100	5.400	5.100	4.100	4.000

NOTA :

- L'investissement total s'élève à 710.000 francs comprenant le terrain, la construction de la maison médicale, l'aménagement et le matériel.
- Le prêt s'élève à 49% de l'investissement total, grâce au prêt à 15 ans de la Mutualité Agricole qui bénéficierait d'une franchise de 10 ans, le coût pour chaque médecin est très acceptable.

PRET de 240.000 francs : 10 ans - 5,59 % - C.A.R.M.F.

(exemple de T)
1 an de franchise
4 médecins

	1ère année	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème	10ème
Capital		26.666	26.666	26.666	26.666	26.666	26.666	26.666	26.666	26.666
Intérêts	13.500	12.500	11.200	9.700	8.200	6.700	5.200	3.700	2.200	750
Taxes	380	350	310	270	230	190	145	105	60	20
Total	13.880	39.516	38.176	36.636	35.096	33.556	32.011	30.471	28.926	27.436
Par médecin	3.500	9.900	9.500	9.150	8.750	8.350	8.000	7.600	7.250	6.850

NOTA :

- L'investissement total est effectué par la Coopérative de médecins. Il s'élève à la somme de 300.000 francs comprenant le terrain, la construction de la maison médicale, l'aménagement et le matériel.
- Le prêt s'élève donc à 80 % de l'investissement total et l'apport personnel de chaque médecin est de 15.000 francs y compris l'apport de matériel.
- On constate que le coût mensuel par médecin est encore relativement élevé car la C.A.R.M.F. limite actuellement la durée de remboursement à 10 ans.

PRET de 40.000 francs : - 7 ans - C.A.R.M.F.
 (exemple de N) - 5,59 % d'intérêt
 - 3 médecins

	1ère année	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème
Capital	5.715	5.715	5.715	5.715	5.715	5.715	5.715
Intérêt	2.100	1.750	1.400	1.050	700	350	160
Taxes	60	47	39	29	20	10	5
Total	7.875	7.512	7.154	6.794	6.435	6.075	5.880
Par médecin	2.600	2.500	2.400	2.160	2.140	2.025	1.950

NOTA :

- L'investissement total est effectué par la coopérative de médecins. Il s'élève à la somme de 75.000 francs et concerne l'aménagement d'un local en location au rez-de-chaussée d'un immeuble H.L.M. ainsi que le matériel.
- Le prêt est donc de 53 % des investissements.

Nous croyons que ces tableaux sont suffisamment clairs pour pouvoir éviter tout commentaire.

Seul, à notre sens, l'exemple de S. nécessite une explication du fait que pour ce cas là l'on trouve l'intervention de la Mutualité Agricole.

C'est la première fois que celle-ci va pouvoir apporter un appui du fait même du rôle que peut lui permettre la Caisse Centrale de Crédit Coopératif.

Voici déjà quelques années que la Mutualité agricole a prêté attention aux premières créations de Maisons Médicales. l'Institut National agricole d'Etudes et d'Initiatives coopératives et Mutualistes dirigé à RENNES par Monsieur MALASSIS a voulu lui aussi se documenter sur la valeur de la Médecine de Groupe. Des réunions ont eu lieu au Siège de la Mutualité agricole au cours de cette année 1963, et ont abouti à un accord avec l'A.N.M.G. et la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Les avantages accordés ont été confirmés à Toulouse en Mai 1963, au Congrès de l'A.N.M.G. par Monsieur TINELLI, Directeur Adjoint de la Caisse Centrale de Secours Mutuel Agricole.

"La Mutualité agricole envisage, lit-on dans le compte-rendu d'une des séances d'études, de contribuer à la création de coopératives médicales non pas en construisant des Maisons Médicales qui seraient louées aux groupes de Médecins, car la Mutualité Agricole n'a pas une mentalité de capitaliste, mais en prêtant de l'argent aux coopératives médicales".

C'est là une conception qui rejoint celle de beaucoup de Médecins désireux d'organiser leur Profession avec l'aide de collectivités intéressées mais sans abandonner à celles-ci ni leur financement, ni la Responsabilité.

Plutôt que de contribuer à l'octroi de fonds par l'intermédiaire de la Caisse Centrale de Crédit Coopératif le Directeur de la Mutualité Agricole avait manifesté une préférence pour que les prêts soient consentis directement aux coopératives Professionnelles Médicales. Actuellement les premières expériences qui vont être tentées au cours de l'année 1963 le seront par l'intermédiaire du Crédit Coopératif.

La Mutualité accepte ainsi de consentir aux Sociétés coopératives Médicales qu'elle aura agréées des prêts à long terme, quinze ans, remboursables seulement de la dixième à la quinzième année, d'un taux d'intérêt faible (comme pour les Hôpitaux). Les Maisons Médicales bénéficiaires de ces avantages devront seulement justifier d'un rayonnement rural suffisant, et non pas stric-

tement agricole, et s'engager à observer les tarifs syndicaux contenus dans les clauses des conventions.

Si l'on veut résumer les sources de financement obtenus comme dans le cas de S nous trouvons quatre origines différentes

- La part d'auto-financement des Médecins
- Prêt à long terme, 10 ans, de la Caisse autonome de Retraite des Médecins Français.
- Enfin prêt à long terme (15 ans) de la Mutualité agricole comme nous venons de le voir en détail.

Les trois organismes financiers désignés prêtent leurs fonds par l'intermédiaire et sous la garantie de la Caisse Centrale de Crédit Coopératif.

Il ne peut être mis en doute, selon nous, que les dispositions dans lesquelles nous voyons se tenir la Mutualité Agricole sont excessivement remarquables et peuvent devenir ainsi un appoint précieux pour alimenter la Caisse Centrale de Crédit Coopératif et en même temps assouplir considérablement pour les Médecins la rigidité des délais de prêts et atténuer les taux d'intérêt. Mais, de plus, n'est ce pas là un sérieux exemple donné à beaucoup de collectivités dotées de certains capitaux et empêchées jusqu'ici, par les réglementations, de pouvoir prêter à des Médecins isolés. Ces organismes pourraient faire bénéficier de leurs ressources la Caisse Centrale de Crédit Coopératif et augmenter en définitive les possibilités de celle-ci en vue de promouvoir un plus grand nombre de Centres médicaux de groupe basés sur les principes de la Coopération, par conséquent, comme nous l'avons bien vu, calqués sur les principes de la Médecine libérale la plus traditionnelle, la plus indépendante et la plus respectueuse de la personne.

Si tous les médecins sont ennemis de la fonctionnarisation comme du salariat, ils ne doivent pas s'immobiliser dans le laissez faire, mais bénéficier des précieuses ressources que leur apportent ces différents organismes financiers.

Nous venons de considérer l'état actuel de l'alimentation de la Caisse Centrale de Crédit Coopératif, mais nous pouvons envisager raisonnablement après ce que nous venons d'apprendre de l'aide de la Mutualité Agricole quelles autres ressources permettraient d'enrichir les fonds mis à la disposition des sociétés coopératives. De même que la Mutualité agricole, ne pourrait-on pas espérer voir le Fonds d'Action Sanitaire et Social de la Sécurité Sociale, réserver une part même modeste des revenus importants qu'elle consacre chaque année ? Nous avons noté dans la quatrième forme de financement la possibilité de former une Société Coopérative Immobilière Mixte dans laquelle pourrait entrer un représentant de la S. S. ga-

rantissant le contrôle des fonds alloués. Ces formes de Société pourraient permettre la constitution d'entités juridiques suffisamment puissantes pour faire face à la plupart des créations de Centres Médicaux de Groupe même s'ils atteignent des chiffres d'investissement assez élevés. On peut espérer aussi qu'une fois le projet de décret reconnaissant la coopération entre médecins adopté, la Caisse Centrale de Crédit Coopératif pourra aussi bénéficier plus largement d'avances consenties sur le Fonds de développement économique et social (F.D.E.S.). Les taux d'intérêt pratiqués actuellement ne dépassant pratiquement pas 5%. La possibilité donnée, en outre, de constituer des Sociétés Immobilière coopératives avec d'autres apporteurs de capitaux non exclusivement médicaux et sur laquelle nous avons insisté, devrait permettre de mieux faire face à des investissements particulièrement importants.

Que devons-nous conclure de ce chapitre du financement ? Si nous avons constaté qu'au départ la création de Maisons Médicales restait onéreuse, que les crédits bancaires étaient lourds en face des revenus habituels des Praticiens, nous voyons que se dessine nettement un mouvement d'aide efficace envers ceux qui dans notre Profession, font des efforts pour inover utilement et sauver l'essentiel des caractéristiques inattaquables de notre Profession.

L'adoption officielle des principes coopératifs et les obligations qui en résultent pour les Médecins leur apporte en échange une sécurité dans leur indépendance et dans l'avenir, et des facilités d'aide financière particulièrement intéressantes.

Les garanties qu'apporte le statut coopératif à certains organismes financiers peut permettre enfin à ceux-ci d'apporter au corps Médical une aide qu'il était logique d'espérer mais jusqu'ici impossible à obtenir. Le débit des sources s'accroît donc considérablement dès maintenant et doit même devenir encore plus abondant, en même temps que les taux d'intérêts consentis s'avèreront plus raisonnables.

Nous ne pensons pas pouvoir donner meilleure conclusion à ce chapitre qu'en rapportant celle de Monsieur MIGNON :

"On le voit, écrit-il, dans bien des domaines, sur bien des terrains, l'avenir de la coopération médicale n'est pas loin d'être l'avenir même de l'organisation volontaire de la Profession dans la civilisation industrielle et urbaine de l'Europe de demain.

L'AVENIR DE LA COOPERATION DANS SON AIDE A LA MEDECINE DE GROUPE

Cet avenir dépend essentiellement des facilités qu'apportera le décret en préparation.

Nous pouvons le résumer très succinctement : son titre lui-même est très explicite :

"Décret reconnaissant la coopération entre médecins et organisant son statut".

Bien entendu les préliminaires rappellent les principes fondamentaux de la coopération dans le domaine médical, de même que l'exposé des motifs détermine la nécessité d'établir des règles particulières pour les coopératives Médicales.

Le chapitre II traite des coopératives Immobilières Médicales, dont nous avons parlé assez longuement. La plus grande innovation est traitée dans le deuxième paragraphe de l'article 16. Celui-ci laisse une possibilité dans certaines conditions de partage des plus values et notamment des plus values immobilières, lorsque la dissolution de la Société a lieu pour des motifs légitimes, et non à des fins spéculatives, après contrôle et autorisation des autorités de tutelle. La même facilité est donnée dans le chapitre II, article 20, aux coopératives immobilières médicales.

Dans le chapitre précédent nous avons déterminé assez en détail les aides financières qui pourraient augmenter le potentiel de crédit de la Caisse Centrale.

Ces deux catégories d'avantages, juridiques d'une part, financiers de l'autre, dont les études sont actuellement très avancées devraient permettre de faciliter considérablement l'accès à la formule coopérative pour un très grand nombre de Médecins, et cela d'autant plus aisément que l'octroi d'un statut défini pour les coopé-

ratives médicales supprimera toutes les démarches actuelles pour chaque cas particulier.

Enfin le décret permettra d'instaurer à l'échelon central de la coopération une solidarité beaucoup plus profonde et beaucoup plus étendue :

- Caisse Retraite complémentaire intercoopérative
- Services divers mis à la disposition de toutes les coopératives.
- Participation au Conseil Supérieur de la Coopération.

Ces éléments très favorables formeront pour les Sociétés médicales coopératives des bases de plus en plus solides et dotées d'un intérêt que nul autre organisme n'est actuellement capable d'apporter.

Nous devons donc espérer que la parution du décret sur la coopération médicale soit le plus proche possible pour donner un nouvel élan à la forme coopérative de la Médecine de groupe.

oOo

CHAPITRE III.

- Les différentes formes de Médecine de groupe apportent-elles ou non un remède partiel ou total à beaucoup de maux dont souffre notre profession ?
 - son organisation
 - la Médecine de groupe devant l'économie moderne.
 - la Médecine de groupe et le respect de la personne.
 - la Médecine de groupe et les corps sociaux intermédiaires.

oOo

LES DIFFERENTES FORMES DE MEDECINE DE GROUPE APPORTENT-ELLES OU NON UN REMEDE PARTIEL OU TOTAL A BEAUCOUP DE MAUX DONT SOUFFRE NOTRE PROFESSION

Il sera bon d'indiquer dès ces premières lignes que la discrimination entre les différentes formes de Médecine de Groupe ne doit pas reposer sur les modalités financières qui auront été adoptées.

Nous entendons par différentes formes de Médecine de Groupe, d'une part qu'il peut exister des groupes de toutes disciplines (nous en étudierons plus loin des relations entre eux) d'autre part qu'il s'est créée sous le vocable "Médecine de Groupe" des entités excessivement différentes.

Envisageons ce qu'elles peuvent être.

Nous connaissons dans certains grands ensembles immobiliers des centres médicaux, construits par les promoteurs, et dirigés par un administratif, qui peut être officiellement médecin ou au contraire médecin dissimulé - véritable recruteur de Praticiens qui n'auront même pas la liberté de se choisir entre eux. Ces centres ne gardent qu'un libéralisme déguisé et l'indépendance du médecin est encore plus menacée que la liberté du malade. Ce sont là organisations de fausse médecine de groupe.

Nous savons également qu'il existe une autre conception de la Médecine de Groupe caractérisée par la constitution d'une association loi de 1901, du type oeuvre de bienfaisance, dont les commanditaires sont des comparses et dont les médecins sont apparemment les salariés. Ces entreprises suscitent en général le tiers payant et marquent le côté lucratif de l'entreprise en bénéficiant de certains règlements fiscaux qui les protègent d'impositions très lourdes.

Ce sont là de faux adeptes de la Médecine de Groupe, aussi bien que ce sont de faux Dispensaires. Il aurait peut être été convenable de traiter d'une troisième forme de Médecine de Groupe, celle

qui avait été mise à l'étude pour le centre médical d'IVRY. Les statuts ont été souvent remaniés, et il est difficile, dans un cas aussi complexe d'ébaucher un jugement qui resterait provisoire et approximatif.

Ce que nous savons de la formule qui avait été envisagée nous donne tout lieu de croire que le statut préparé était celui qui se rapprochait le plus, de la Médecine de Groupe dite libérale. Mais si apparemment les Médecins du Centre restaient maîtres de la cooptation des futurs associés, en fait le choix ultime entre les trois noms soumis au Conseil d'Administration restait du domaine de celui-ci. Le même système était sensiblement appliqué dans l'embauche du personnel auxiliaire.

D'un autre côté les praticiens exerçant dans le Centre Médical, avaient délibérément adopté la situation de salariés, protégés par une grille d'avancement et garantis par des taux de compensation suivant l'importance de la clientèle.

Malgré tout, parmi ces trois formules c'est encore la dernière, celle offerte aux médecins d'IVRY, qui était la plus proche du Groupe libéral, malgré toutes les apparences inverses.

Notre souhait c'est de voir se dessiner dans les mois ou les années qui viennent, l'installation de groupes de Médecins, fervents adeptes du libéralisme, propriétaires et Maîtres de leurs locaux comme de toute leur instrumentation.

Les facilités qu'apporte le statut coopératif devraient inciter les médecins, désireux de participer à la nouvelle organisation de la Profession Médicale à choisir cette forme coopérative qui leur garantit leur indépendance et leur apporte la plus grande sécurité d'exercice. De toutes manières nous pouvons nous poser la question des relations des divers groupes entre eux ; d'abord entre groupes d'omnipraticiens, entre spécialistes de même discipline, entre omnipraticiens et spécialistes. En un mot nous pouvons jeter un rapide coup d'oeil sur ce que pourraient devenir les relations médicales confraternelles au cas où nous trouverions d'ici peu un très grand nombre de Maisons Médicales ou de Centres Médicaux de Groupes.

Relations entre groupes de médecins généralistes

C'est un point que soulèvent avec un apparent plaisir certains détracteurs de la Médecine de Groupe, en laissant prévoir qu'automatiquement la cruelle concurrence reprendra tous ses droits et entraînera automatiquement l'animosité qui régit depuis tant de décennies les relations confraternelles.

On peut répondre par des faits d'expérience qui, s'ils ne concernent pas encore les relations intergroupes, ont trait aux contacts entre groupes et médecins isolés. Il s'avère que ceux-ci restent beaucoup plus cordiaux et deviennent même amicaux. Cette tolérance réelle pourrait provenir d'une part de ce que les Médecins groupés se sentent travailler dans une atmosphère d'entraide et de sécurité, que d'autre part ils cherchent de par même leur état psychologique à apporter un appui aux isolés dont ils ont connu la situation souvent pénible ; enfin du côté des Praticiens installés à la périphérie d'un groupe, le sentiment s'établit peu à peu que la coexistence cordiale entraîne beaucoup plus d'avantages qu'une lutte de prestige sans raison valable. Nous pouvons donc présumer que du côté relations interconfraternelles, tout devrait aller en s'apaisant. Mais nous pensons aussi qu'outre les avantages vécus et perçus au cours de l'exercice quotidien, les différents groupes qui s'instaureront sur le mode coopératif, acquerront rapidement la notion d'une solidarité plus large encore en prenant mieux connaissance de tous les bénéfices pratiques retirés de la chaîne coopérative : caisses de Retraite complémentaire, offices d'achat, services de conseils juridiques, etc...

Tous ainsi se sentiront mieux encore installés dans un état de solidarité qui devrait ainsi bannir loin de notre milieu médical l'âpre concurrence.

Les Relations de groupes d'omnipraticiens avec les groupes de Spécialistes.

Ils devront grandement faciliter la solution des rapports généralistes / Spécialistes. Ces rapports ne laisseront plus deux hommes en tête à tête, susceptibles d'un mouvement d'humeur, entraînant un jugement péjoratif non justifié et indélicat. Les relations de groupe à groupe deviendront beaucoup plus constantes et le spécialiste ne craindra plus de perdre "son correspondant" de même que le généraliste pourra se permettre d'avoir recours à un autre membre du groupe des spécialistes de cette même discipline sans heurter l'amour propre de son plus habituel consultant.

Entre des groupes de spécialités différentes, les relations ne pourront que s'améliorer encore, mais favoriseront surtout des recherches en commun et devront faire naître l'esprit d'équipe si propice à un enrichissement de notre Profession et source indubitable d'une meilleure Médecine pour les Malades.

Liaison avec le Centre de Diagnostic, le centre Hospitalier

C'est le moment d'évoquer ici ce que pourrait devenir en quelque sorte la planification d'un tel système organisant dans notre pays une meilleure et plus rationnelle distribution des soins.

Nous nous rappellerons pour en tracer le schéma, ce qu'en a souvent écrit le Pr. NEDELEC ainsi que le Pr MILLIEZ mais aussi ce qui peu à peu se dessine sous nos yeux.

L'instauration de groupes de Médecins dans des Centres Médicaux se généralisera certainement dans deux secteurs que nous avons essayé de mieux analyser que d'autres : ceux des zones rurales et ceux des nouveaux grands ensembles. La caractéristique même de ces dernières formes d'habitation impliquera le "recentrage" des médecins.

Ces centres médicaux - plus ou moins étoffés seront en quelque sorte l'élément avancé de la distribution des soins, au sein desquels pourront collaborer dans une certaine mesure, mais de toutes manières à un degré élémentaire, certains groupes de spécialistes. A ce stade pourra être accolé un secteur limité d'hospitalisation, que ce soit l'Hopital Rural, le Centre Sanitaire Rural, ou l'Hôpital de quartier. A un échelon, desservant un secteur beaucoup plus important de population nous pourrions trouver un centre de cabinets d'équipe dans lesquels seront représentés les spécialités les plus fréquemment consultées. C'est à ce stade que devraient se dérouler la presque totalité des examens complémentaires et permettre surtout leur coordination efficace et salutaire pour le malade. Le médecin généraliste y aurait un accès facile et y recevrait un accueil d'autant plus attentif qu'il retrouverait les groupes de spécialistes venant cycliquement au centre médical généraliste. C'est aussi dans cette formation que se trouvera le Laboratoire de Biologie habilité à pratiquer la plupart des examens courants que lui adresseront aussi bien les généralistes que les spécialistes du Centre. Le troisième stade serait représenté par ce qu'on a appelé les Centres de Diagnostic et dans lesquels un important secteur d'hospitalisation devrait être prévu pour permettre les mises en observation et la constitution de bilans complets.

Le dernier échelon serait composé des Centres Hospitaliers de soins, plus ou moins riches de services spécialisés et que nous pourrions voir calquer quelque peu sur la hiérarchie actuelle. Ainsi pourrions-nous voir des Centres Hospitaliers d'arrondissements ou secteurs départementaux, des centres Hospitaliers Départementaux, très proches de ceux-ci des centres Hospitalier Régionaux, et en dernier ressort les Centres Hospitaliers Universitaires. Cette progression apparaîtrait logique et devrait assurer une énorme sécurité et une très grande régularité dans la distribution des soins. Nous pouvons imaginer combien les relations entre tous les médecins seraient facilitées. D'abord la nécessaire intrication des cabinets généralistes avec les cabinets d'équipe aurait déjà permis à chacun des participants de beaucoup mieux se connaître par suite de la fréquence de leurs rapports ; par ailleurs les divers spécialistes du Centre d'équipe seront eux-mêmes en liaison constante avec leurs

confrères du Centre de Diagnostic, s'ils ne sont pas eux-mêmes, titulaires ou assistants de cet organisme.

On voit là une très intéressante cohésion s'établir aux différents stades, et la liaison avec les différentes catégories de Centres Hospitaliers serait facilitée et enrichie aussi bien par les appels en consultation que par l'organisation de l'Enseignement post universitaire dont ils seraient le lien.

Nous ne croyons pas que nous versions dans l'utopie, mais toute planification apparaît aride et irréelle. Celle que nous définissons ici n'est pas seulement un projet. Nous voyons se dessiner déjà en pointillé le tracé complet et certains éléments se mettent en place ; il en est ainsi des Maisons de groupe d'omnipraticiens, comme de certains centres d'équipe ; les Centres Hospitaliers prennent place peu à peu et s'articulent entre eux ; par exemple des centres de neuro-chirurgie apparaissent par région. Les C. H. U. ont leurs statuts et coifferont tôt ou tard et de façon plus ou moins danse telle ou telle région. La seule pièce qu'on ne rencontre pas encore, d'une manière tranchée, ce sont les Centres de Diagnostic différents des centres de soins. Des autres catégorie ont voit chaque année des specimens faire apparition,

On est donc en droit de penser qu'après avoir tracé un schéma que, je l'espère, on voudra trouver logique, il est bon de laisser éclore sans intervention brutale ce qui devrait donner aux médecins de meilleures conditions d'exercice et aux malades l'assurance de soins irréprochables.

Nous insisterons dans cette partie de notre étude sur le rôle que nous attendons des entités morales que devront être ces groupes, véritables cellules pluri-nucléaires, prêtes à faire fusion avec celles qui pourraient lui être complémentaires. Ces entités que devront être les groupes ne prendront toutes leurs forces et toute leur valeur qu'à la condition de ne jamais se départir des principes essentiels de l'éthique médicale traditionnelle de notre Pays. Nous revenons à notre principe exposé au début, que tout groupe ne peut être assuré de sa solidité et de son rayonnement que si tous les membres de l'association ont bien la même conception de la Morale Médicale. Basés sur ces principes les groupes de médecins pourront espérer instaurer cette cohésion professionnelle et cette harmonie qui leur permettront de pouvoir espérer enfin participer à l'établissement des plans préparés jusqu'ici, en dehors de toute collaboration du corps Médical. Avant d'aborder le dernier chapitre de ce travail qui sera celui de la participation active du corps Médical Français au nouveau Plan d'équipement Sanitaire et Social nous voudrions consacrer notre attention pendant quelques lignes à une question sous jacente à nos recherches ou plus exactement impliquée sans qu'elle ait été nommée explicitement : celle de la nécessaire

incorporation des auxiliaires médicaux aux différents stades que nous avons envisagés.

Intégration des auxiliaires médicaux dans le système

Il ne serait pas concevable que le corps médical essaie de rassembler ses forces pour mieux exercer et plus commodément sans faire appel aux auxiliaires médicaux dont le rôle va grandissant chaque jour. Comment d'ailleurs les Praticiens espéraient-ils améliorer leur mode d'exercice s'ils ne s'entouraient pas des aides indispensables pour lui procurer tous les appuis nécessaires.

Notre intention n'est pas de traiter cette question dans les moindres détails, ce qui dépasserait notre sujet. Nous voudrions seulement attirer l'attention sur le fait que l'organisation de la Médecine contemporaine par les Médecins eux-mêmes conduit à provoquer dans les professions des auxiliaires médicaux le même esprit de réforme et d'ordre avec l'assurance pour ceux-ci de tenir un rôle efficace et intéressant sans qu'il soit désormais question de discussions sur les limites d'influence de l'exercice de chacune des catégories envisagées.

A l'échelon du Centre Médical généraliste nous trouverons la place pour Secrétaires, Infirmières, Assistantes Sociales, technicienne de radiologie, ainsi que les sage-femmes. Au stade du Centre de Spécialistes nous retrouverons les mêmes disciplines d'auxiliaires auxquelles se joindront les masseurs, les rééducateurs professionnels. Une place à part doit être faite à la situation du pharmacien. Leurs organisations Professionnelles se sont émues des conséquences qui découleraient pour les pharmaciens d'officine, au cas d'un regroupement assez généralisé des Médecins exerçant en cabinets privés. Cette question n'a pas encore été tranchée et reste même très débattue.

Peut être sa solution se trouvera-t-elle plus aisément dans une sorte de reconversion de la Profession de Pharmacien déterminée par la forme actuelle de leur exercice et le développement de tout le secteur biologique. Il en est de même d'ailleurs en ce moment pour une autre profession, celle de sage-femme qui pourrait être revalorisée, comme on le propose, par une détermination de polyvalence : sage-femme, Infirmière, Puéricultrice et assistante Sociale. Cette rénovation de la profession de Sage - Femme qui est en même temps une amplification projetterait leur rôle dans un tout premier plan et le rendrait indispensable au corps Médical depuis la Maternité Rurale jusqu'au Centre Hospitalier.

Cette perspective d'une meilleure harmonisation et en même temps d'une hiérarchie plus rationnelle ne pourra s'effectuer qu'à la condition que le corps Médical consente à discipliner son indivi-

dualisme tout en préservant dans une absolue intégrité son indépendance.

Les professions para médicales complémentaires, les auxiliaires médicaux devraient trouver un plein développement et une précieuse sécurité. Le corps Médical prendrait de cette façon sa responsabilité dans l'organisation générale de la Santé et pourrait exiger dès maintenant de participer à l'élaboration du Plan et à être intégré dans les membres de droit constituant commission.

Ce choix que devrait faire le corps Médical est celui d'accepter le rôle qui lui est dû dans les initiatives de l'Etat, c'est-à-dire concerter les efforts avec le Pouvoir, en lui apportant des solutions efficaces qui ne pourront pas être rejetées et dont il faudra qu'il soit tenu compte.

Mais pour en arriver à ce stade d'un certain équilibre des forces en présence, il est nécessaire que le Corps Médical cesse d'exercer dans une si grande liberté qu'elle est qualifiée par les Planificateurs et les Economistes d'un état anarchique.

Le corps médical peut et doit éviter l'Etatisme comme la Fonctionnarisation, s'il accepte d'apporter une franche collaboration mûrie et valorisée par une relative discipline. C'est en fait sur celle-ci que se fondera l'appréciation de la force que les Médecins Français représentent, et c'est à cette condition qu'ils pourront envisager de promouvoir et de donner une plus grande ampleur à ce qu'on a appelé l'économie concertée, sans crainte de se voir anéantir dans une fausse collaboration. Le corps médical ne peut être tenu constamment en dehors des projets de rénovation de la mise à disposition des soins pour la Population, sans que nous nous trouvions dans une situation aberrante. C'est un contrat avec l'Etat que doivent consentir les représentants de la Profession médicale à la condition que les parties consentent à respecter les desiderata de chacun.

La constitution d'unités organisées comme celles que représentent les groupes médicaux est la base des mailles de tout le réseau sanitaire que nous avons décrit schématiquement dans les pages précédentes. Sans ces cellules à la fois autonomes, mais aussi harmonieusement interdépendantes le corps Médical n'apportera rien qui apparaitra tangible aux Pouvoirs Publics désireux de s'appuyer sur des résultats concrets.

Ces premiers maillons se dessinent actuellement et les Maisons Médicales, plus ou moins développées en sont l'état embryonnaire. Il ne reste qu'à développer le Mouvement, en le gardant jalousement entre les mains des Médecins eux-mêmes. Au prix du sacrifice d'un individualisme sourcilieux et intolérant le

corps Médical découvrira dans la création de ces sortes d'unités fonctionnelles la meilleure manière pour sauvegarder cette stricte indépendance, base essentielle d'une médecine qui puisse continuer à défendre en tout premier lieu la valeur intrinsèque de la Personne et son entière liberté de disposer d'elle-même.

oOo

LA MEDECINE DE GROUPE

DEVANT L'ECONOMIE MODERNE

Si l'on veut bien prendre la peine de relire les buts visés dans le IV^e plan de développement économique et social, on note que pour la première fois le plan prévoit une augmentation particulièrement importante des investissements sociaux de caractère collectif et parmi ceux-ci figure l'équipement sanitaire et social.

Une première remarque vient à l'esprit : nous trouvons la prévision de cet équipement, non pas au chapitre du développement de la Production, au long duquel sont énumérés les plus grands investissements, mais nous voyons ce programme sanitaire évoqué à celui "des fruits de l'expansion" - ce qui semble impliquer déjà que les auteurs ne conçoivent cette mise à disposition de la population de meilleurs moyens sanitaires, qu'à la condition d'une certaine expansion économique et non comme l'un des moyens d'y parvenir.

Cette conception doit déjà faire réfléchir et pour le moins faire croire que les responsables du Plan ne considèrent vraiment pas comme un investissement rentable les dépenses de santé.

Vouloir discuter cette opinion serait entamer une assez longue dissertation sur la valeur exacte de la Productivité Sanitaire, dans le Revenu de la Nation, et à laquelle nous avons fait allusion à diverses reprises.

Mais nous croyons beaucoup plus dépendre de notre sujet l'analyse des buts indiqués sous cette rubrique de l'équipement sanitaire et Social : parmi les quatre objectifs essentiels énumérés, un seul fait état de l'un des problèmes qui nous a préoccupés au cours de cette étude : "la desserte des habitants des zones en cours d'urbanisation (équipement sanitaire classique, centres sociaux, logements des vieillards). Encore nous faudrait-il savoir ce qui peut être entendu sous la rubrique : "équipement sanitaire classique" ? et nous ne pensons pas que dans le terme de "Centres Sociaux" puisse

y être inclus une par de "médical".

Manifestons notre étonnement de n'avoir pas trouvé un paragraphe traitant des problèmes de Sécurité Sociale, ni des perspectives de modification de l'exercice médical, que ce soit en zone rurale-ou en zone urbaine. Certes dans cet exposé des motifs tracé à très grands traits il n'aurait pû être consacré à cette structure sociale et sanitaire qu'une ligne ou deux, mais l'absence totale d'allusion à ce grand problème de la Santé dans la Nation, tant dans l'aspect de ses conséquences pour la distribution et l'organisation, que dans l'aspect financier de la politique des revenus, incite d'abord à l'étonnement puis à la recherche des raisons qui ont motivé cet oubli.

Constatons aussi que nous retrouvons dans ce long rapport aucune allusion précise au rôle des professions libérales dans le développement de la Production.

Cependant nous semble-t-il, si la Profession Médicale, reste encore dans une proportion importante, imprégnée de libéralisme, elle joue dans la Nation un rôle très particulier.

Certains ont pû écrire qu'elle avait en quelque sorte la gestion d'un Service Public, tout en se maintenant dans un statut privé c'est ce qui faisait écrire au **Docteur DEBUIRE** Secrétaire Général de la confédération des Syndicats Médicaux... "Pour paradoxal que cela puisse paraître, la Médecine, **Art** individuel, pose, en raison des lois Sociales des problèmes **collectifs** à résoudre".

Comment est donc envisagé dans l'exposé des motifs du IVème plan l'équipement Sanitaire et Social ?

Les quatre objectifs qualifiés d'essentiels ont tous trait à des équipements collectifs sanitaires, dûs à la stricte et exclusive impulsion des Pouvoirs Publics.

Puisque nous manifestons notre étonnement devant cette apparente ignorance de l'exercice médical le plus fréquent dans notre Pays, c'est-à-dire cette médecine quotidiennement pratiquée au cabinet de chaque médecin, ou près de chaque malade à son domicile, essayons d'en découvrir les raisons.

La première que nous puissions trouver est que cette médecine Praticienne de chaque jour ne se trouve pas apparemment sous la dépendance des investissements Publics ? Et pourtant, ne peut-on admettre, qu'en fait, cette médecine libérale est dans sa plus grande partie sous la dépendance financière de la Sécurité Sociale, elle-même, organisme de droit privé, sous la Tutelle de l'Etat ? Si cette médecine libérale peut essayer de se maintenir et peut-être de se déve-

lopper, ce ne peut-être qu'en fonction du taux des Honoraires qui lui seront alloués par convention ou par voie autoritaire.

Dans la pratique on est en droit d'en déduire qu'indirectement la Médecine libérale voit son maintien et son développement liés à l'expansion du budget de la Sécurité Sociale ?

Dans ces conditions comment l'Etat ou la Médecine pourraient ils s'ignorer plus longtemps ?

Nous sommes en droit de penser que du côté Médical l'inorganisation de la Profession, pour ne pas dire l'anarchie dans laquelle nous vivons ne favorise pas le dialogue avec l'Etat. La dispersion des intérêts devant laquelle celui-ci se trouve placé lui fait croire à l'impossibilité de trouver un interlocuteur valable et tend à le faire agir en Maître absolu sur les dizaine de milliers de Praticiens répartis dans toute la France. Cette attitude est certainement illogique et peut déterminer de fâcheuses attitudes promptes à déclencher des conséquences encore plus désastreuses.

Si le IVème plan veut remettre en honneur cette économie concertée préconisée par M. MONNET, l'organisation Sanitaire dans notre Pays devrait être l'une des premières à en bénéficier, à la condition que de son côté le corps Médical présente un front et une structure suffisamment unis pour qu'il puisse engager dans d'excellentes conditions cette "politique contractuelle" dont on veut faire aujourd'hui l'une des bases principales de notre Economie Nationale.

Il nous apparait hors de doute que l'exercice individuel de la Médecine deviendra de plus en plus exceptionnel pour des raisons qui ont été maintes fois exposées. Mais comme l'écrivait le Professeur MILLIEZ dans un récent "interview" la médecine pratiquée au cabinet Médical doit au contraire survivre pour assurer la sauvegarde de cet acte capital qu'est la consultation dans le Bureau du Médecin.

Il est facile d'imaginer que la plupart des cabinets Médicaux garderont leurs extrêmes mérites qui sont l'une des caractéristiques de la Médecine en France si l'on consent à les articuler dans une conception qui saura allier le respect et l'indépendance des protagonistes en cause, le Médecin et le Malade, avec l'appui d'un système qui apportera à l'un comme à l'autre le soutien d'une organisation capable de les aider dans toutes les difficultés administratives et sociales inhérentes à nos actuelles conditions de vie et capable aussi de leur apporter un certain nombre d'amélioration technique et scientifique sans oublier l'essentiel, qui est le recours aisé à tout instant, au Praticien associé susceptible d'apporter son concours le plus efficace et le plus immédiat.

C'est dans ce sens seulement que l'organisation de la Médecine de Groupe pourra remplir le rôle que beaucoup attendent d'elle : à la fois une préservation de ce dialogue basé sur la confiance, mais assuré et étendu par le soutien de la Texture dans laquelle il sera inséré.

A ce prix cette Médecine de Groupe nous apportera les garanties de la Médecine traditionnelle à laquelle nous sommes tous attachés, parce qu'elle n'a qu'un souci celui de répondre aux aspirations les plus personnelles de chacun d'entre nous et dans ce qu'elles peuvent avoir de plus exigeant et de plus secret.

En outre cette structure de cabinets de groupe, conçue comme un réseau de mailles solidaires pourra faire face à ces nécessités impérieuses que sont celles de répondre aux nouvelles conditions réclamées par le contexte Social et imposées par les nouvelles conditions scientifiques et techniques de l'Exercice de l'Art Médical.

La plupart des Médecins sinon tous ont conscience qu'il leur est difficile, sinon impossible d'ignorer que malgré leur rôle éminent de défendre et de préserver l'individu l'Etat leur demande en fait d'assurer un Service Public : celui de la Santé.

Devant cette législation qui peu à peu les enferme dans une série de réglementations, le corps Médical se divise sur le choix des moyens à prendre pour y faire face.

Une fraction, qui semble être la minorité, prend l'attitude de l'opposition et s'y maintient feignant d'ignorer les décisions législatives ou autoritaires qui limitent peu à peu leur liberté - cette opposition, apparemment issue des traditions d'un libéralisme sourcilieux, tend à se raidir sans apporter des fruits appréciables ; elle semble vouer à se limiter à un "baroud d'honneur" dont le dernier carré se verra submergé par le mouvement irrésistible de la transformation de notre Société.

Une seconde fraction est franchement entrée dans le système puisque ceux qui la composent ont même accepté de devenir les participants directs de telle ou telle forme de ce nouveau Salarat Médical. La Troisième Fraction cherche la "Via Media" pour s'assurer d'un équilibre entre le libéralisme auquel ils restent attachés et les Forces Sociales dont ils ont bien notion de la puissance : leur but pourrait être résumé dans ces mots : la recherche d'un libéralisme dynamique adapté aux nouvelles conditions de notre vie économique et de nos conceptions actuelles des garanties Sociales.

Comment atteindre ce but apparemment idéal mais si souhaitable ?

Ce que nous avons résumé des termes de l'exposé du IVème

Plan ce que nous avons cité des études du Professeur PIETRE, ou des commentaires de Monsieur MASSE nous font penser que la seule voie jalonnée d'espoir et menant au but ne peut-être que celle définie dans l'économie concertée".

Les contrats doivent être établis avec les Pouvoirs Publics et il faut essayer d'entamer un dialogue. Pour que celui-ci soit fructueux, il est nécessaire que les deux interlocuteurs possèdent des arguments qui fassent réfléchir l'autre.

Dans le cas présent, c'est le corps médical qui occupe une position de faiblesse, provoquée et entretenue avant tout par des divisions internes ; son manque de cohésion, son mépris de ce qui peut avoir trait à l'administration, son manque d'effort pour instaurer un type d'organisation qui soit acceptable par les deux parties.

C'est à cette organisation que peut participer efficacement la Médecine de Groupe.

D'un côté elle tend à proposer un type d'exercice Médical plus rationnel, non seulement en sauvegardant les principes essentiels de l'Art Médical mais en lui assurant des bases plus solides.

D'autre part cette conception d'entraide mutuelle dans ce Travail Quotidien, doit rendre plus disponibles ses participants, leur permettre de se documenter et leur faciliter la mise à disposition du temps nécessaire pour s'adonner à l'activité des divers mouvements de défense Professionnelle. Mais aussi la création de ces plus ou moins grandes communautés de travail, suscitées par l'esprit d'équipe, devrait favoriser l'ouverture du Corps Médical vers ces problèmes administratifs qu'il a tant dédaignés jusqu'ici, chacune des cellules dont il fait partie implique déjà une administration élémentaire.

Par ailleurs, si cette chaîne des centres Médicaux de Groupe devenait de plus en plus serrée, il est probable que se dégagerait entre eux, une certaine harmonie de Doctrine suscitée par le désir de rendre plus facile à l'intérieur de chaque groupe la solution de ces mille problèmes matériels et économiques qui sont, quoique nous fassions, la rançon d'un progrès.

Enfin nous pouvons aussi imaginer, parce que nous le constatons déjà, voir se dégager une sorte d'élite Médicale attirée par la participation aux diverses fonctions publiques et au moyen desquelles l'influence souhaitable des Praticiens pourra s'exercer.

Si une telle évolution se réalisait, comme elle se dessine actuellement, est-il trop présomptueux d'en déduire que la Médecine Française pourrait beaucoup espérer de la Conception de l'Economie

concertée.

Il nous semble inutile, à l'occasion de ce travail, de vouloir développer tous les modes de pression qui pourraient se présenter au Corps Médical, pour mieux faire reconnaître et avec plus de facilités, certaines revendications légitimes dont la plupart bénéficieraient autant au malade qu'au médecin.

Il existe donc des raisons de beaucoup espérer de cette économie contractuelle à une seule condition, c'est que l'immense majorité des Médecins cesse de croire que leur sourcilleux individualisme est la meilleure garantie contre les graves et imminents dangers qui les menacent.

Si la médecine de groupe apparaît pour la pièce maîtresse dans les succès éventuels de l'économie concertée, il en est de même du rôle qu'elle peut jouer devant tel projet de la Sécurité Sociale.

Les divers systèmes de prévoyance Sociale manifestent parfois de hasardeuses initiatives incitées par le vide que laisse, devant elles, le Corps Médical.

Là encore si celui-ci prenait ses responsabilités et démontrait un esprit utilement inventif, les Corps Sociaux comprendraient que c'est bien aux Médecins eux-mêmes qu'incombe la charge de promouvoir un système rationnel de mise à disposition des meilleurs soins.

Car, en fait, que demandent ces diverses institutions Sociales, aussi bien que les Pouvoirs Publics, au Corps Médical ? Avant tout une mise à disposition plus simple, plus rationnelle, plus productive des divers moyens d'exercer l'Art Médical. Leur seule erreur et il faudra la leur démontrer, c'est de les laisser croire que cette amélioration des "circuits et des moyens" de Santé, doit automatiquement entraîner une diminution du coût de l'Acte Médical.

S'il est certain que de plus grandes facilités peuvent et doivent être apportées dans cette répartition des moyens d'accéder au meilleur état Sanitaire dans le Pays, il est non moins vrai que leur prix de revient ne pourra être indéfiniment minimisé.

Dans l'hypothèse d'une Profession fortement et spontanément charpentée, les Praticiens auront le beau rôle pour faire entendre leur voix.

LA MEDECINE DE GROUPE ET LE RESPECT DE LA PERSONNE

Si les nouvelles formes d'exercice de l'Art Médical nous obligent à nous demander quelle sera leur valeur pour aider notre génération à résoudre les multiples problèmes posés par notre organisation sociale contemporaine ; il en est un qui prime tous les autres, parce qu'il détient en lui toute la notion qu'on peut se faire de la valeur de l'Homme : C'est celui du respect de la personne du malade. Dans cette considération réside toutes les raisons qui vont motiver le but recherché dans la pratique médicale de chaque jour.

Notre médecine Française, s'est constituée depuis de nombreuses décennies un idéal très élevé du Service rendu au malade, et l'on peut craindre aujourd'hui que les pressions qui s'exercent sur la pratique de l'art médical ne risquent d'en détériorer la qualité. Cette éthique médicale que nous voudrions voir respecter a été particulièrement bien définie et analysée dans les ouvrages du Dr. P. TOURNIER et de ses disciples, particulièrement en France le Dr. P. MOU-
NIER KUHN et le Dr. A. VINCENT. Cette morale de l'art médical a été résumée dans cette dénomination : "La Médecine de la Personne".

Il est hors de doute que nous devons examiner attentivement ce que l'Exercice Médical en Groupe peut entraîner d'heureux, ou de fâcheux, devant les désirs légitimes de chacun de nos malades. Chacun d'entre eux désire que nous nous intéressions à lui, que nous soyons le confident bienveillant prêt à l'écouter, mais aussi décidé à lui apporter tout le Concours intellectuel et moral nécessaire à dénouer l'imbroglio que peut être trop souvent son cas personnel.

Maintes fois on a résumé ce que le Dr. Paul TOURNIER voulait voir défendre avec acharnement, le respect de chaque personne humaine la recherche compréhensive de cette totalité de la personne, l'interdépendance de l'état morbide avec tous les constituants physiques et psychiques de l'individu.

Pour arriver à ce but, qui n'est autre que l'expression d'une entière solidarité humaine il n'est qu'un moyen c'est celui de mettre à la disposition du malade toute la Personne du Médecin dans un climat de sympathie, dans une atmosphère d'affinité.

Le malade doit avoir la certitude que pendant l'entretien qu'il poursuit avec son Médecin celui-ci est entièrement disponible pour lui.

Cette brève évocation du Respect de la Personne du Malade, aussi imprécise reste-t-elle, et aussi incomplète, doit suffire à nous demander quel cas la Médecine de Groupe fait de cette Morale Médicale ?

Il est peut-être bon de rappeler ici ce que la Médecine individuelle - ou si l'on préfère - le Médecin isolé - apporte au Malade. Le praticien dans son cabinet incorporé à l'appartement familial, apporte certes à chacun de ses malades le climat le plus propice à ce colloque confiant et plein de confidences tant de fois évoqué. Rien ne peut lui être comparé, et il suffit de penser à l'atmosphère des Services Hospitaliers ou des Consultations de Dispensaires. Et cependant depuis un certain nombre d'années les malades expriment une certaine déception sur cette atmosphère d'intimité dont ils ne retrouvent plus tous les caractères essentiels et favorables à leur apporter les secours qu'ils cherchent à juste raison. Parmi les explications le plus souvent fournies, celles de constater le surmenage du Médecin est la plus fréquemment rencontrée, la cadence des actes médicaux contraint certes la plupart des Praticiens à consacrer trop souvent un temps minimum à chaque malade. Nous sommes loin du Conseil du Professeur NEDELEC qui voudrait voir les médecins perdre leur temps avec les malades : Par ailleurs la dispersion des cabinets médicaux, le recours fréquent aux diverses disciplines qui composent la Médecine, le manque de cohésion entre les diverses branches de spécialités et même entre les omnipraticiens et leurs confrères de disciplines exclusives tout cela fait que le malade et sa famille apparaissent trop souvent désespérés.

Que peuvent apporter à ces diverses critiques les formes de Médecine de Groupe ? Si celles-ci sont conçues et réalisées avec le tout premier but de servir, elles doivent trouver en elles-mêmes les meilleures conditions pour respecter l'individu et lui apporter une aide complète.

Il est d'abord indispensable de rejeter l'habituelle critique qui prétend voir la Médecine de Groupe instaurer une médecine impersonnelle. Tout au contraire l'insertion du Médecin dans une communauté de travail doit lui faciliter sa tâche, lui permettre de mieux disposer de son temps et de disposer de plus de temps. La collaboration constante des divers participants du groupe doit permettre à

chacun d'eux d'être plus à même de répondre à son malade dans toute l'étendue des conseils qu'il sollicite. Le médecin de famille n'est-il pas assuré de tout l'appui de ses associés qui lui ont garanti entr'aide totale, intellectuelle, technique et morale ? Les absences de celui-ci ne provoquent qu'une mutation entre les membres d'une même équipe et non un remplacement par une personne qui ignore l'autre. L'organisation du Groupe devra en outre faciliter les rapports avec les diverses spécialités, c'est à dire la collaboration étroite entre celles-ci. Le Centre Médical de Groupe sera la première antenne des spécialités les plus courantes, et le malade sera présenté par le médecin de famille lui-même agissant dans son cadre habituel.

Enfin dans les nécessités administratives et sociales que nous impose notre monde contemporain, une médecine organisée comme veut l'être la Médecine de Groupe, ne laisse plus désarmés, devant les diverses administrations dont ils dépendent, le médecin aussi bien que le malade. L'un comme l'autre trouvent un appui précieux dans la technique administrative dont s'entourent, les groupes actuellement.

Il est donc aisé de concevoir que non seulement la personne du malade voit ses désirs légitimes, sinon ses exigences, très nettement pris en considération dans l'art médical exercé au sein d'un groupe organisé, mais que de plus il est certain de trouver des Praticiens qui essaient de toutes leurs forces, de préserver l'unité de la médecine, de lui sauvegarder toute sa valeur morale, et d'y ajouter le secours de tout un secteur administratif qui doit l'aider à mieux comprendre les servitudes des lois médico-sociales et à mieux en bénéficier.

Tous ces avantages ne sont pas minimes et de brèves visites dans les Maisons Médicales de groupe apportent facilement la preuve de cette assertion.

LA MEDECINE DE GROUPE

ET LES CORPS SOCIAUX INTERMEDIAIRES

Si l'exercice de l'art médical, bien adapté aux nécessités de notre époque, peut à la fois faire face aux obligations que lui imposent certaines formes de notre société et répondre aux désirs les plus légitimes de chaque individu, soucieux de voir respecter ses aspirations profondes, il apparaît que le corps médical se doit de consacrer à la transformation de ce monde dont il devient l'un des éléments essentiels, une part réelle de ses forces.

Pour donner à cette participation le rôle qu'il est souhaitable et normal de voir réserver aux médecins, il faut que ceux-ci puissent fonder leur rayonnement et leur influence sur une organisation dont nous avons essayé de décrire au cours de ce travail, l'un des maillons les plus importants, celui qui en quelque sorte, relie notre profession à chacun des individus constituant la Nation.

C'est avant tout le rôle dévolu à chacun des omnipraticiens, que nous pouvons désigner de façon plus claire et plus noble, sous le terme de "Médecins de famille". C'est à cet échelon de la Médecine Praticienne comme le rappelait récemment l'un des responsables de cette médecine engagée dans la voie de la transformation, que le contact devra garder tout son caractère de dialogue confiant entre deux individus qui ressentent les mêmes inquiétudes, forment les mêmes souhaits.

Cette cellule initiale des Médecins de famille regroupés pour mieux soutenir leur rôle, pour mieux assurer leur mission, doit permettre à tout un monde - celui qui constitue les différents secteurs de la défense de la santé - de trouver auprès du corps médical, ainsi fortement charpenté, l'appui pour une action plus efficace et mieux harmonisée avec celle des médecins.

Nous voulons suggérer ici que, si l'ensemble des médecins constituait spontanément et dans des créations strictement indépen-

dantes ces Maisons de Médecine - qui seraient non seulement celles du Médecin et de leurs malades - mais aussi - dans une non moindre proportion - celles ou viennent graviter et interférer tous les auxiliaires appelés à aider le Maître d'oeuvre qu'est et doit rester le Médecin, nous constaterions très rapidement quelle force réelle prendrait, ce qu'on a appelé le Corps de Santé. Il serait facile alors d'imaginer que, dépassant cette collaboration au stade de ce que nous pourrions appeler les Techniciens de la santé, nous tendrions rapidement vers un équilibre des forces en ouvrant le dialogue avec les administratifs quelque ils soient et dont nous ne méconnaissons pas le rôle nécessaire et utile dans la distribution de ces moyens propres à sauvegarder et à régénérer la santé de la Nation.

Serait-il utopique d'arriver ainsi, comme le souhaitait l'un des responsables du syndicalisme moderne, à voir le médecin assumer pleinement cette tâche nouvelle dans l'organisation de la Profession Sanitaire, pour reprendre l'influence correspondant à sa responsabilité au sein de la collectivité. Pour réussir au mieux cette reconversion qui n'est autre qu'une forme de nouvelle promotion au sein de notre société, il suffit que le médecin se dépouille de son individualisme et se pénètre d'un esprit d'initiative qui le conduira, avec un peu de persévérance, à redevenir le chef de file de cette communauté de la santé, qui est à peine constituée chez nous et loin d'une harmonie efficace.

Et ce souhait, ne le trouvons-nous pas sous la plume de tel ou tel de nos économistes, de nos sociologues ?

N'a-t-on pas beaucoup parlé depuis quelques années de l'importance des corps intermédiaires dans la constitution de notre société ?

Dès 1954 le Professeur RIVERO présentait un remarquable rapport sur ce sujet aux Semaines Sociales.

Mais ces diverses communautés doivent pouvoir se donner à elles-mêmes leur discipline et s'interdire un corporatisme attardé et sans fruits.

Il en est ainsi du corps médical qui ne doit se considérer qu'un des éléments de cette grande communauté de la santé, mais s'il le veut et en prend les moyens, doit en devenir le moteur principal et le responsable.

Autour de lui viendront se rattacher tous ceux qui, à un degré quelque il soit, participent à la mise en place des rouages si nombreux et si complexes de la sauvegarde de la santé du Pays.

Cette réussite ne dépend que de la forme d'exercice que choisiront les médecins pour organiser leur profession qui doit s'adapter. A notre sens, nous l'avons vu, l'élément avancé de ce système, c'est la formation de groupes médicaux, en tout premier lieu ceux des Médecins de famille, et directement à côté d'eux, les groupes de spécialistes de diverses disciplines, les plus fréquemment appelés à venir apporter leur concours.

Si, à la base, tout s'organisait et s'étoffait ainsi, il est juste de présumer que la Médecine Française retrouverait une primauté qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

Ce rôle de prééminence du Médecin dans la cité lui reviendrait à juste titre d'autant plus que son rôle s'enrichirait, en allant de la recherche de la confiance dans le rôle personnel à la prise de conscience d'une plus complète responsabilité dans l'organisation de la Société.

Ce ne serait pas l'involution d'un rôle que l'humanité a depuis toujours magnifié, mais une extension de cette fonction d'homme à qui l'autre peut se confier, vers un rôle de coordinateur et d'animateur qui cristalliserait et respecterait les aspirations fondamentales d'une société qui demande le respect des libertés et souhaite les rapports les plus harmonieux entre les différentes communautés de travail et d'intérêt qui constituent une Nation.

LA MEDECINE DE GROUPE
AU SERVICE DE L'EUROPE

La Médecine Française pourrait - si l'on veut bien accepter cette perspective et en reconnaître la valeur - déterminer un précieux exemple pour l'organisation Médicale dans l'Europe qui se constitue actuellement en une entité fonctionnelle.

Cette Europe que nous entrevoyons déjà pose à la Profession Médicale des problèmes dont le traité de Rome a tracé les grandes lignes : Harmonisation des Régimes de Sécurité Sociale - Reconnaissance des diplômes - Identité des programmes universitaires - Libre installation dans l'Europe des Médecins des divers pays de la communauté.

Cette libre circulation des titulaires du Doctorat en Médecine pose évidemment à la Profession en France des problèmes à la fois complexes et inquiétants.

C'est à ce sujet que nous voudrions évoquer la possibilité de voir la Médecine de groupe apporter une aide inestimable au corps médical pour mieux s'adapter aux nouvelles conséquences de ces Etats-Unis d'Europe.

Deux buts nous paraissent surtout pouvoir être atteints par les conditions mêmes de l'Exercice en groupe.

D'une part, celui de mieux faire face à ce que risque d'entraîner l'harmonisation des régimes Sécurité Sociale et par là même les questions économiques qui en découleront.

D'autre part, celui de déterminer une meilleure cohésion de l'organisation Médicale - à l'égard de l'assimilation des confrères venant de divers pays.

Or, avant de considérer quelle aide ces nouvelles conditions d'exercice peuvent nous apporter en France, il est utile de rechercher

si nous trouvons dans les divers pays qui seront nos partenaires, une tendance à la même organisation.

A ce sujet, il nous faut reconnaître que chez tous nos voisins de l'Europe des Six, il ne semble pas exister la même tendance à voir se créer de plus ou moins grandes communautés pour améliorer l'exercice de l'art médical et mieux faire face à toutes les nécessités des transformations économiques et sociales.

Nous retrouvons, au contraire, la formation de ces Groupes Médicaux dans deux autres pays qui ne font pas partie de l'Europe des Six, l'un fait cependant partie de l'Europe géographique, c'est la GRANDE-BRETAGNE, l'autre est presque à lui seul un continent, c'est l'AMERIQUE.

Il peut être intéressant de constater, à l'occasion de la recherche des modalités que nos confrères anglo-saxons adoptent de préférence, qu'en fait, ils constituent avant tout des centres Médicaux d'équipe plutôt que de simples cabinets de groupes, monovalents, comme notre stricte déontologie nous y pousse en France.

Il semble que dans ces deux grands pays cette collaboration inter-groupes, cette interpénétration des activités de chaque discipline, ne posent pas les mêmes problèmes que chez nous, ne déclenchent pas les mêmes suspicions.

Nous nous souvenons même que lors d'un congrès Professionnel tenu en France voici quelques années, au cours duquel l'un des promoteurs des cabinets de groupes de généralistes apportait le témoignage de son expérience, un Médecin Généraliste Belge s'étonnait qu'on ne cherche pas à donner à cette formule l'extension normale qui serait la collaboration ou l'adjonction de Groupes de Spécialistes dans des conditions à définir et conformes à la tradition de chaque pays.

Dans l'un, comme dans l'autre cas, mais à un stade différent, nous pouvons reconnaître une forme de défense contre la conséquence d'une Etatisation plus ou moins complète des moyens de distribution de la Santé.

En Grande-Bretagne, c'est l'instauration du N. S. H. qui a en fait, provoqué la formation de ces Centres Médicaux desservis par de véritables groupes ; mais il a fallu que le danger soit installé et reconnu pour que nos confrères Anglais trouvent cette forme de défense.

Aux U. S. A. - au contraire, comme un confrère vient de le décrire dans un récent numéro du Concours Médical, à la suite d'un voyage d'études, cette organisation des groupes semble être une

forme de défense préventive contre l'instauration de plus en plus probable d'un système d'Assurances Sociales chez les Américains.

Que pouvons nous conclure de cette double constatation ?

Selon nous, què c'est là une preuve assez nette, que si le corps Médical doit rester à la forme d'exercice qui est l'individualisme et l'isolement, il résistera mal à ces nouvelles exigences de nos sociétés en transformation. Mais nous avons essayé de démontrer en outre, au cours de ce travail, que les formes instaurées en FRANCE, comme en GRANDE-BRETAGNE, mais surtout celles défendues par le corps Médical Français, avaient un double but, celui de respecter la personne du malade, et celui de défendre la mission éminente du corps Médical. Les faits et les statistiques ont montré dans les études pratiquées aux U. S. A. que la Médecine de Groupe était un frein puissant à la spécialisation et au salariat des jeunes Médecins. (Dr. CABAL).

Ne nous est-il pas permis de penser ainsi, que dans l'Europe qui se constitue, si la Médecine Française le pouvait et le voulait, nous pourrions apporter l'exemple le plus riche d'avenir, qui permettrait de démontrer que les droits du Médecin et du malade peuvent et doivent être respectés tout en se décidant à discipliner l'exercice qui - soucieux de liberté - manifestait une certaine anarchie devant les exigences des diverses forces qui constituent la Nation.

CONCLUSIONS

Les modalités d'exercice de l'art médical au sein de Groupes organisés apportent à la Profession Médicale une indéniable sécurité pour mieux soigner et mieux vivre.

Ces nouvelles conditions d'exercice posent encore des problèmes déontologiques, juridiques et financiers.

L'éthique qui domine ce fait nouveau dans notre organisation professionnelle tend essentiellement à substituer la coopération à la concurrence.

Cette coopération morale peut aller jusqu'à l'adoption du statut juridique de l'esprit coopératif.

La médecine exercée en Groupe doit contribuer à mieux préserver le libre choix du malade, l'indépendance du médecin et à mieux établir la notion de médecin de famille.

La médecine de Groupe peut, mieux que toute autre notion, favoriser la constitution d'un véritable Corps de Santé dont les médecins seront à la fois les promoteurs et les responsables.

La Médecine de Groupe peut apporter à l'harmonisation de l'exercice médical en Europe, une aide très efficace et suggérer à nos partenaires une structure qui permettra à tout corps médical de mieux faire face aux transformations économiques et sociales.

Vu, le Président de Thèse :

Prof. P. MILLIEZ.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Prof. G. CORDIER.

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris :

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

LE CONCOURS MEDICAL

1958

A la recherche des formes d'avenir de l'exercice de la médecine en groupe,

J. MIGNON N°5 1 fév. P. 585.

Les Cabinets de groupe, une forme acceptable d'association entre les administrations et les Médecins,

Pr. M. NEDELEC N°5 1 fév. P. 591.

Suggestions juridiques et pratiques pour aider à la solution des problèmes de l'exercice médical en groupe,

P. DOURIEZ N°13 29 mars P. 1597.

Un récent Congrès médical sur la Médecine de Groupe,

H. MEILLET N°23 7 juin P. 2833.

Les conditions juridiques de l'exercice en commun de la Médecine et la mise en commun des honoraires,

H. MEILLET N°39 27 sept P. 4131.

IIIème Congrès National des Omnipraticiens (VITTEL 29, 30, 31, Aout 1958).

Les Cabinets de groupe échos & comment. N°37 13 sept. P. 3981
" " " N°38 20 sept. P. 4069

En raison de l'indépendance du droit civil et du droit disciplinaire, l'entrée en vigueur des contrats entre médecins n'est pas subordonnée à leur approbation par l'Ordre,

J. MIGNON N°46 15 nov. P. 4955.

L'Exercice de la Médecine en groupe et le partage des honoraires

Drs. MARCAIS, HURET, MM. MIGNON et MEILLET) N°46
15 nov. P. 4961.

1959

Sur la médecine de groupe : réponse à quelques critiques,

Dr. MARCAIS N°5 31 janv. P. 463.

La bourse commune dans les Associations médicales,

Dr. GUIHENEUF N°5 31 janv. P. 467.

Encore la Médecine de Groupe :

1. Sur les réflexions d'un Praticien exerçant en médecine de groupe, Dr HURET.. N°7 14 fév. P. 695

2. Nouvelles réflexions sur la bourse commune, Dr. MARCAIS
N°7 14 fév. P. 701.

La bourse commune est-elle contraire à l'ordre public,

Dr HURET N°15 11 avr. P. 1759.

La médecine de Groupe et la bourse commune.

Dr. GUIHENEUF N°24 13 juin P. 2870.

Associations et cabinets de groupe (échos),

N°26 30 juin P. 3165.

Le nouveau contrat-type d'association publié par le Conseil National de l'Ordre,

P. DOURIEZ, N°28 11 juil P. 3303.

IXème Congrès National de Médecine Rurale (La Baule 29 et 31 mai 1959),

- Associations médicales et cabinets de groupe

Dr. MARCAIS N°31-32 1&8 aout P. 3533.

- Discussion sur les cabinets de groupe, 3537.

- La Médecine en Equipe, moyen de revalorisation de la
Médecine Générale, Dr. A. VINCENT., 3539.

IVème Congrès du Syndicat National Omnipraticien Français (Salies de Béarn 25 - 26-27 sept). Les Cabinets de groupe (échos & commentaires)

N°41 10 oct. P. 4342.

1960

Association pour l'étude et la Défense de la Médecine de Groupe,
Dr MARCAIS N° 20 fév. P. 995.

La Réalisation d'un cabinet de groupe,
Dr LABOUREAU N° 10 5 mars, P. 1283.

Les Cabinets de Groupe,
Dr. GUIHENEUF, N° 13, 26 mars, P. 1697.

Le financement des cabinets de groupe,
Dr. MARCAIS, N° 15, 9 avril, P. 1933.

Le Colloque de PUOILLY ou de quelques aspects de la médecine de groupe,
Dr. R. GAMARD, N° 25, 18 juin, P. 3235.

L'exercice en groupe et la construction d'une Médecine nouvelle,
Pr. M. NEDELEC, N° 37, 10 sept, P. 4069.

L'esprit de groupe, la morale de groupe,
Dr MARCAIS, N° 45, 5 nov, P. 5141.

La bourse commune et la "Communauté d'intérêts" entre Médecins,
H. MEILLET, N° 48, 26 nov, P. 5561.

1961

Les problèmes actuels de la Médecine de groupe,
J. MIGNON, N° 9, 24 mars, P. 1303.

Après le Congrès de SABLE : reconnaissance,
Pr. JOANNON, N° 21, 27 mai, P. 3086.

Assemblée de Printemps de l'Association pour l'étude et la Défense
de la médecine de groupe

(Echos et Commentaires), N° 20, 20 mai, P. 2997

- d° -

N° 21, 27 mai, P. 3133

Le Dimanche 7 mai à Sablé : carrefour et discussions,

N°21, 27 mai, P. 3134.

En raison de l'indépendance de l'action civile et de l'action disciplinaire la validité civile d'un contrat entre médecins ne peut être subordonnée à sa régularité déontologique,

J. MIGNON, N°24, 17 juin, P. 3507.

La validité des contrats médicaux relève de la seule appréciation des juridictions civiles,

H. MEILLET, N°33/34, 19 & 26 aout, 4237.

L'Ordre des Médecins et les contrats,

H. MEILLET et J. MIGNON, N°40, 7 oct, P. 4888.

La Médecine de Groupe aux Etats Unis

M. C. JODIN, N°40, 7 oct, P. 4900

- d° - N°41, 14 oct, P. 5057

- d° - N°42, 21 oct, P. 5247.

Association Nationale de la Médecine de Groupe,

Dr. MARCAIS, N°50, 16 déc. P. 6509.

1962

Le financement des Cabinets de Groupe,

J. MIGNON, N°11, 17 mars, P. 1677

A propos du financement des cabinets de groupe : Communiqué du Conseil National de l'Ordre, réponse de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (D. N)

N°8, 24 févr., P. 1251.

Le financement des cabinets de groupe : la solution coopérative,

J. MIGNON, N°15, 14 avril, P. 2341.

Médecine hospitalière et médecine de groupe. Choix d'un niveau d'articulation,

F. MICHAUD, N°19, 12 mai, P. 2991.

Une conférence de presse du GERMM : erreurs et vérités sur la médecine de groupe ou d'équipe (Echos et Commentaires)

N°31-32, 4 & 11 aout, P. 4505.

A propos des projets d'accord entre la Confédération des syndicats médicaux Français et la FNOSS concernant la Médecine de Groupe (D.N.)

N°51, 22 déc., P. 7127.

1963

Evolution de la Médecine de Groupe ou d'équipe vers la formule coopérative,

M. THIERCELIN, N°17 & 18, 27 avril, P. 2755, 4 mai, P.2927

Le présent et l'avenir de la Coopération médicale,

J. MIGNON, N°22, 1 juin, P. 3579.

La Médecine de groupe aux Etats Unis

Dr. CABAL, N°47, 23 nov. P. 6425.

LE MEDECIN DE FRANCE

Plan et Economie Concertée,

Pr. PIETTRE, N°202 bis, Déc 1962, P. 27.

La Médecine dans l'Europe de demain,

M. de CRAYENCOUR, N°202 bis, Déc 62, P. 41.

La Médecine dans la civilisation industrielle de la Communauté Européenne,

N°204, Fev 63, P. 67.

LA PRESSE MEDICALE

Equipe Médicale et Esprit d'Equipe,

M. MONNEROT DUMAINE, 20 juillet 1963.

Compte Rendu du 1er Congrès National de l'A. M. U.

Marseille les 23, 24, 25 mars 1962.

Compte Rendu du 2ème Congrès National de l'A. M. U.

15 mai 1963 : Installation dans les grands ensembles et les Z. U. P. Dr BEAUPERE.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Problèmes posés par les cabinets de groupe

Dr. CARLOTTI, 1959.

Association des Médecins de même discipline avec mise en commun des honoraires,

Dr. CARLOTTI, 1959.

Exposé de Monsieur VILLEY, 31 mars 1963.

La coopération entre médecins,

Pr. VIDAL, Juin 1963.

Dr. PEQUIGNOT

"Médecine et Monde Modernes"
Edition de Minuit 1953.

M.G. BOISDE

Libéralisme actif.
Revue Hommes et Mondes, Nov. 53.

Dr. VINCENT

Les exigences de la Médecine de la personne, devant la Médecine de groupe, sous presse.

ooOoo

